

La douleur de l'hypocondre gauche dans les pancréatites chroniques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Novembre 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COLIN Albert

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Diplômé de Médecine du Travail

Né le 30 Septembre 1914 à AMPLEPUIS (Rhône)



LYON

IMPRIMERIE DU SALUT PUBLIC

71, RUE MOLIERE, 71

1942

La douleur
de l'hypocondre gauche
dans les pancréatites
chroniques



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554206_0031

La douleur de l'hypocondre gauche dans les pancréatites chroniques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Novembre 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COLIN Albert

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Diplômé de Médecine du Travail

Né le 30 Septembre 1914 à AMPLEPUIS (Rhône)



LYON

IMPRIMERIE DU SALUT PUBLIC

71, RUE MOLIERE, 71

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. HUGOUNENQ, PIC, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,
NOVÉ-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET, BERARD, COURMONT,
GUTART, PIERY, CADE, THEVENOT Léon

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	SANTY.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	RHENTER
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE J.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	DUFOURT.
Chimie biologique et médicale	X...
Chimie organique et Toxicologie	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GARIN.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	DECHAUME.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	MARTIN J.-F.
Médecine légale	X...
Hygiène	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX.
	LEULIER.
	GATÉ.

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	MM. NOEL.
Chargé d'un cours d'Anatomie.....	— GABRIELLE.
Chargé d'un cours de Toxicologie.....	— CHAMBON.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
REVOL	CROIZAT	LEVRAIT	PIFFAULT
ENSELME	DELORE	BANSSILLON	FROMENT (R.)
SEDALLIAN	JOSSERAND	MALLET-GUY	MARTIN (P.-E.)
CREYSSEL	MORIN	ROMAN	MOUNIER-KUHN
DE ROUGEMONT	BERTRAND	PEYCELON	BROUSSY
P. RAVAUULT	CLAVEL	PIGEAUD	JOURDAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SAVY, Président ; DELORE, Assesseur ;
MALLET-GUY et Roger FROMENT

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Professeur de clinique médicale

Nous avons eu l'honneur d'être son élève. Dès le début de nos études médicales, nous avons goûté son merveilleux don d'enseignement, qui lui permet de rendre clairs, même pour un débutant, les problèmes les plus variés de la médecine. Depuis nous avons profité de ses connaissances universelles qui font le charme de ses leçons au lit du malade.

Il nous a fait le très grand honneur de bien vouloir présider cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. DELORE
Médecin des Hôpitaux

Nous gardons le meilleur souvenir d'un semestre d'externat passé dans son service, où nous avons bénéficié de son enseignement. Nous sommes heureux de pouvoir le compter parmi nos juges. Qu'il soit assuré de notre dévouement et de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MALLET-GUY
Chirurgien des Hôpitaux

Nous n'avons pas eu l'honneur d'être son externe ; la fréquentation de son service n'a pu que nous le faire regretter. Il a bien voulu nous confier ce travail et nous aider de ses conseils. Qu'il trouve ici un témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. FROMENT
Médecin des Hôpitaux

Nous avons été séduit par son enseignement lumineux ; nous lui devons beaucoup de notre formation médicale. Il nous a toujours témoigné une grande bienveillance. Nous sommes heureux de l'avoir pour juge. Qu'il nous permette de l'assurer de notre reconnaissance et de notre sincère dévouement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELORE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. FROMENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. VACHON
Ancien chef de clinique à la Faculté

Il a bien voulu nous aider de ses conseils dans la rédaction de ce travail et nous a communiqué des documents intéressants. Nous le remercions bien vivement.

I. - INTRODUCTION

Parmi les inflammations chroniques du pancréas, il est une forme qui paraît actuellement bien individualisée, c'est la pancréatite chronique avec ictère, telle que l'a décrite M. MALLET-GUY, dans sa thèse : lésions anatomiques atteignant la tête de la glande et tableau clinique d'ictère chronique par rétention, simulant une tumeur, ou plus généralement un syndrome de lithiase cholédocienne. Beaucoup toutefois ne s'accompagnent pas d'ictère et attendre l'apparition de ce symptôme pour diagnostiquer une maladie du pancréas conduit à laisser passer un grand nombre de pancréatites chroniques, celles qui se traduisent seulement par un syndrome douloureux abdominal de l'étage sus-ombilical.

Certes, la situation anatomique de la glande rend son exploration clinique difficile, et les signes de pancréatite ne sont souvent que des signes d'emprunt. En présence d'un syndrome douloureux de l'étage supérieur de l'abdomen, on songe plus volontiers aux affections plus fréquentes : ulcère gastro-duodéal, lithiase biliaire.

Les pancréatites douloureuses sont cependant loin d'être exceptionnelles, comme en fait preuve la riche collection que le Docteur MALLET-GUY a pu réunir. Leur

tableau clinique est par ailleurs suffisamment caractéristique, si on a l'esprit attiré, pour que le diagnostic puisse être fait. Il repose essentiellement sur les caractères de la douleur, à l'étude analytique desquels est consacré ce travail, dont les bases nous ont été fournies par l'histoire clinique de 84 malades, dont nous rapportons les observations. Le syndrome clinique, proprement pancréatique, peut se trouver à l'état pur, mais il s'y superpose souvent des douleurs d'origine biliaire : crises vésiculaires, lithiase cholédocienne, dont on trouvera fréquemment mention dans les observations, et dont nous nous efforcerons de donner les éléments de dissociation.

Comme nous le verrons, les pancréatites douloureuses sont anatomiquement diverses : tantôt localisées à la tête ou à la partie caudale de la glande, tantôt, au contraire, elles l'atteignent en totalité. Alors que seule une opération palliative est possible lorsque les lésions sont diffuses ou localisées à la tête de l'organe, les lésions de la partie gauche de la glande sont, elles, justiciables d'une intervention radicale, l'hémi-pancréatectomie.

II. - HISTORIQUE

LANCEREAUX, décrivant la « colique pancréatique », insistait sur son siège dans l'hypocondre gauche. Cette douleur de l'hypocondre gauche spontanée ou provoquée, dont nous nous proposons de montrer la réelle valeur symptomatique d'une atteinte pancréatique, a été plusieurs fois mentionnée par les différents auteurs qui ont étudié la pathologie du pancréas. Mais ceux-ci ne paraissent pas lui avoir accordé une valeur particulière.

BROCQ et MIGINIAC, dans leur ouvrage publié en 1934, développement de leur rapport au congrès de chirurgie de 1930, écrivaient : « Le siège épigastrique des douleurs, ombilical ou paraombilical, en barre transversale, *n'aurait rien de très spécial*, sans leurs irradiations qui sont assez particulières ; celles-ci se font rarement à l'épaule droite, parfois à l'épaule gauche, le plus souvent dans l'angle costo-lombaire plutôt à gauche qu'à droite, quelquefois des deux côtés. » — Et plus loin, à propos de la douleur provoquée : « Lorsqu'on a affaire à une pancréatite du corps, la palpation est douloureuse dans une zone transversale au-dessus de l'ombilic. S'il s'agit d'une lésion de la queue, c'est au niveau de l'hypocondre gauche. » Et

cependant déjà quelques observations avaient été publiées qui mentionnaient assez exactement les caractères de la douleur pancréatique. Mais ni l'auteur, ni ses commentateurs ultérieurs n'avaient tiré de conclusions diagnostiques précises de ces quelques faits, d'ailleurs épars.

A propos des formes douloureuses, ces auteurs rapportent une observation d'OCKINCZIC, dont le malade « présentait des douleurs sus-ombilicales violentes irradiant vers l'hypocondre droit et la fosse iliaque droite et d'autres fois vers l'ombilic, l'hypocondre gauche, la région lombaire et la base du thorax ».

La thèse de MATHIEU-ROUX retrouve un certain nombre d'observations dans lesquelles le symptôme est mentionné également.

— Ainsi dans une observation d'Alglave 1911, il s'agissait d'une jeune femme de 39 ans, présentant des douleurs surtout marquées à l'hypocondre gauche.

— Au sujet d'un homme de 50 ans, en 1929, P. Moulon-guet et Doleris notaient une contracture peu marquée mais permanente du muscle droit du côté gauche, au-dessus de l'ombilic.

— Ockinczic 1921, décrit chez une malade des douleurs abdominales violentes sus-ombilicales, irradiant vers l'hypocondre gauche.

— Payre et Martina, rapportent l'observation d'une femme de 35 ans présentant de violentes douleurs dans la région épigastrique, mais surtout à gauche de la ligne médiane. Les douleurs siégeaient constamment sous la dernière côte gauche. A la palpation, ils notèrent à deux travers de doigts de l'arc costal gauche, de vives douleurs provoquées, disparaissant quand l'estomac est insufflé.

Nordmann : un malade se plaignait de douleurs dans l'hypocondre gauche. La palpation est très douloureuse, sous les fausses côtes à gauche.

Ce symptôme se trouve donc mentionné dans de nombreuses observations, parce que le malade attirait l'attention sur cette région ; mais on ne paraît pas s'y être intéressé particulièrement.

En 1934, MALLET-GUY eut l'occasion d'intervenir à deux reprises chez un malade ayant présenté des crises aiguës de l'hypocondre gauche. Il put ainsi vérifier la nature des séquelles douloureuses d'une pancréatite œdémateuse. Voici le résumé de cette observation :

M. L. 55 ans.

Depuis 5 ans ce malade présentait des douleurs dans la moitié gauche de l'épigastre, évoluant par crises dont l'intensité avait deux fois (1930-1934) légitimé une intervention d'urgence pour un inexistant ulcère perforé ; la deuxième opération pratiquée par le Dr Mallet-Guy avait révélé, sous les espèces d'une pancréatite œdémateuse de la queue, l'origine de ces accidents. Les signes persistèrent ; quelques épisodes subaigus, point douloureux permanent, troubles digestifs, amaigrissement, si bien qu'au bout de 5 mois, une réintervention fut décidée et pratiquée le 18 septembre 1934 avec le diagnostic précis de lésions chroniques postnécrotiques du pancréas :

Découverte d'un noyau d'inflammation chronique des dimensions d'une noix fraîche, inclus dans le corps et la queue. Hémipancréatectomie gauche.

Suites simples, le drain est supprimé le 28 septembre. Le 9 mai 1935, on notait la cessation des douleurs et des troubles digestifs, une reprise de poids de 10 kgs. Revu à plusieurs reprises le malade déclare aller très bien, abandonnant peu à peu son régime. En juillet 1938 il envoie de ses nouvelles, ayant quitté Lyon : il continue son travail, n'a plus présenté aucun phénomène douloureux.

En 1936, à l'Académie de chirurgie, BROCC, rapportant cette observation avec deux nouveaux faits réunis par MALLET-GUY disait : « Avec le recul des années, je ne renie pas le chapitre écrit en 1930 sur les pancréatites méconnues. On peut affirmer que nombre de pancréatites sont restées ignorées cliniquement pendant toute la vie des malades. On peut affirmer aussi qu'un certain nombre sont restées méconnues au cours d'opérations et toujours par suite d'une exploration incomplète. »

Traduisant cet état actuel de nos connaissances, le Professeur SAVY, dans son traité de thérapeutique, écrivait : « Ce qui caractérise le traitement des pancréatites chroniques, c'est que, comme les pancréatites aiguës, il s'adresse en somme à une affection qu'il n'est presque jamais possible de reconnaître. » — « La douleur n'a rien de caractéristique ; elle siège dans la région sus-ombilicale médiane, peut-être irradie-t-elle plus souvent dans le thorax et l'hypocondre gauche, s'opposant à l'extension à droite des douleurs hépatiques et à la transfixion médiane de celles des ulcéreux. »

En considérant la très importante collection d'observations que le docteur MALLET-GUY a bien voulu mettre à notre disposition, il nous a semblé cependant que la douleur de l'hypocondre gauche était un symptôme d'une réelle valeur à condition de le rechercher systématiquement. Et à ce sujet l'étude des observations de M. MALLET-GUY, est très instructive. Il est très intéressant de constater que le même clinicien le trouve d'une façon presque constante à partir du moment où il le cherche.

Dans ses premières observations, le signe n'est pas recherché. Il fait son apparition chez un premier malade (observation 14 publiée en septembre 1934). Chez un deuxième malade en 1935 le diagnostic est soupçonné avant l'intervention. Quelques mois après, le diagnostic est fermement posé pour un troisième malade.

La première description du symptôme se trouve dans un article de SAVY, MALLET-GUY, VACHON, FOLLINET, publié en avril 1938 dans le journal de médecine de Lyon. On insistait pour la première fois sur le siège sous-costal de la douleur et sur son irradiation dans l'angle costo-lombaire et l'épaule gauches.

A la même époque, MALLET-GUY en donne une description plus complète dans la *Gazette médicale de France*, et dans un article qui lui avait été demandé pour la *Revista medico-quirurgica de Buenos-Ayres*, et affirme que l'on peut faire le diagnostic.

En 1939, MATHIEU-ROUX, dans sa thèse donne une première étude clinique des pancréatites chroniques gauches, et insiste sur la valeur diagnostique des irradiations gauches d'une douleur épigastrique ou sur sa localisation d'emblée sous le rebord costal gauche. Il étudie la douleur provoquée par la palpation profonde de la région sous-costale gauche, suivant la technique de MALLET-GUY.



III. - LES DOCUMENTS

Le docteur MALLET-GUY nous a communiqué 84 observations de pancréatite chronique, toutes vérifiées opératoirement. Pour éviter toute cause d'erreur nous n'avons pas voulu tenir compte de quelques autres malades chez lesquels le diagnostic avait été porté cliniquement mais qui s'étaient refusés à une opération.

Le nombre de ces observations s'explique de deux façons. Tout d'abord parce que M. MALLET-GUY, ayant eu l'attention attirée sur les lésions du pancréas, les a recherchées systématiquement, et alors que parfois elles étaient restées méconnues au cours d'une première opération, il put les dépister par une exploration minutieuse. Il est à ce fait une autre raison, c'est qu'une série de malades lui a été adressée, parce que le diagnostic de pancréatite chronique avait été fait ; et parmi ceux-ci la grande majorité avaient été interrogés et examinés soit par M. le professeur SAVY, soit par le docteur VACHON. S'étant intéressé à cette question, ils ont régulièrement découvert dans leur pratique des cas qui, ailleurs, peut-être, n'auraient pas reçu l'étiquette diagnostique. Les pancréatites chroniques sont donc beaucoup moins rares qu'il n'est classique de le dire, et l'exemple du service de clinique du Professeur SAVY est là pour l'affirmer ; il suffit de connaître et de rechercher les symptômes de pancréatites chroniques.

Nous avons classé ces documents en trois périodes distinctes. Dans les 13 premières observations l'attention n'était pas attirée sur la symptomatologie du pancréas et les lésions de pancréatite chronique furent une simple découverte opératoire. Elles ne présentent pas d'intérêt pour nous et nous les laisserons de côté. Au surplus, il s'agit seulement de pancréatites chroniques avec ictère.

En septembre 1934, l'attention est attirée sur les lésions pancréatiques et sur le syndrome douloureux de l'hypocondre gauche qui semble les traduire. Dès lors, jusqu'en janvier 1939, MALLET-GUY réunit 31 observations de pancréatites opérées.

Sur ces 31 observations, nous avons dû en éliminer 3 : une malade présentait un cancer d'estomac associé. Deux autres observations étaient trop incomplètes pour qu'on puisse en tirer un enseignement précis.

12 de ces malades présentaient des douleurs de l'hypocondre gauche signalées dans les observations.

Dans 16 observations, le symptôme n'était pas accusé spontanément par les malades et n'a pas été recherché systématiquement avant l'intervention.

Revoyant tardivement 6 de ces opérés, dans 3 cas (obs. 16, 20 et 40), nous avons retrouvé un point douloureux sous-costal gauche à la palpation, alors que l'observation antérieure n'en faisait pas mention. Dans les 3 autres cas les malades ne présentaient pas de douleurs de l'hypocondre gauche. Il est à noter que ces 6 derniers malades présentaient tous au moment de l'intervention des lésions pancréatiques localisées à la tête du pancréas.

Voici le résumé des observations de ces divers malades :

OBSERVATION 15 : Mme V..... 45 ans

Malade ayant subi en mai 1934 une cholécystostomie pour crise de coliques hépatiques typiques. On notait à l'intervention une tête du pancréas augmentée de volume et indurée. Un noyau dur est nettement perçu le long du cholédoque. Les douleurs persistent malgré le drainage, et en juin 1935 on notait que les douleurs s'irradiaient tout le long du pancréas jusqu'à l'hypocondre gauche. Cholécystectomie le 11-2-36, on retrouve le noyau pancréatique. Amélioration puis au début de 1938 les crises récidivent. En septembre 1938 la situation devient intolérable les crises se répétant 4 à 5 fois par semaine, sans ictère ni température.

La douleur débute à droite, puis après 10 minutes, s'irradie dans le dos et à gauche et le 19-9-38 le docteur Mallet-Guy note une contracture une douleur maxima sous le rebord costal gauche.

Un examen radiologique affirme la présence d'un diverticule au bord supérieur de la troisième portion du duodénum. La pression à ce niveau déclenche la douleur irradiée lombaire. Réintervention le 16-2-38 exérèse du diverticule, suites très simples. Revue le 18-1-39 la malade se déclare transformée, a repris du poids, digère bien. Le 31-10-41 le résultat restait excellent, ainsi qu'en janvier 1942.

OBSERVATION 18. — Mme F..... 48 ans

Passé lithiasique remontant à 1914 : crise quotidienne pendant 3 mois, puis accalmie de 1916 à 1933 la malade présentant alors des migraines et des poussées d'urticaire. Reprise des crises douloureuses en 1933. Le 15 décembre, crise violente avec vomissement alimentaire puis bilieux. Frissons, température à 41. Douleurs violentes au creux épigastrique et du côté gauche. Apparition d'un ictère trois jours après.

Le 22-12-34 intervention. Cholédocotomie. Drainage transvésiculaire. Le pancréas est dur et augmenté de volume. La malade garde un drain 7 mois. Revue le 18-4-42 la malade accuse des vertiges, des douleurs d'estomac, du ballonnement, mais ces troubles n'ont plus le même type qu'avant l'opération. La palpation abdominale est négative.

OBSERVATION 21. — Mme B. 39 ans

Présentait depuis 18 ans un syndrome d'ulcère gastrique marqué par des douleurs épigastriques irradiées sous le rebord costal gauche, assez typiques par leur périodicité et leur rythme, traitées médicalement depuis des années.

Le 13 octobre 1935 à deux heures du matin, brusque et très violente douleur en coup de poignard siégeant à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, se prolongeant dans la région sous-hépatique. Le 16 octobre le docteur Mallet-Guy consulté, note une contracture intense mais strictement limitée à l'épigastre et à l'hypocondre gauche dont la palpation provoque une vive douleur qui s'irradie dans les reins surtout dans la région lombaire gauche, dans l'épaule et le sein gauches. Les signes s'amendent en quelques jours, mais nouvelle crise trois semaines après très violente nettement localisée à l'hypocondre gauche. Le docteur Mallet-Guy décide d'intervenir soupçonnant sans l'affirmer le diagnostic pancréatite.

Intervention le 5-11-35, grosses lésions résiduelles et aussi inflammatoires récentes au niveau de la moitié gauche de la glande hémipancréatectomie gauche. Suites opératoires simples. Revue le 3 janvier 1936, reprise de poids et des forces, disparition de toute douleur, digestions normales. Le 27 avril 1939 ne présente aucun trouble ni aucune douleur, elle pèse son poids normal 65 kgs. Examen clinique entièrement négatif. Le 29-9-42, Excellent état, aucune douleur mais amaigrissement de 15 kgs (période de difficultés alimentaires intenses).

OBSERVATION 23. — Mme G. 63 ans

Malade vue le 16 décembre 1935 dont l'histoire pathologique remontait à l'année 1896. Depuis cette époque elle accusait une douleur tenace localisée à l'hypocondre et à la région lombaire gauche, douleur habituellement sourde mais exacerbée par la fatigue. Fut traitée pour rein gauche flottant. En août 1933 survient brutalement au cours de la nuit, une douleur atroce sous le rebord costal gauche qui irradie en ceinture. Trois nouvelles crises en 1935, la dernière en septembre. Depuis crises répétées tous les 8 jours,

plus ou moins intenses et dans leur intervalle persistance de l'endolorissement qui siégeait dans l'hypocondre gauche. Deux nouveaux épisodes aigus survinrent à l'hôpital les 18 et 20 décembre. A l'examen on sent parfaitement à la palpation, une masse obliquement allongée en haut et en dehors, large de deux doigts, dure, irrégulière et douloureuse, fixée dans la profondeur.

Intervention le 21 décembre 35. Le corps et la queue du pancréas sont entièrement modifiés, bosselés. Pancréatectomie gauche. Bonnes suites. La malade quitte le service très améliorée, reprise de poids, bon appétit, pas de douleurs. Mais en juillet 36 réapparition des crises douloureuses témoignant d'une atteinte de la portion droite de la glande. Cholécystogastrotomie le 5-9-36. La tête du pancréas est nettement indurée. La malade mourut avec des signes d'insuffisance hépatique le 9-9-36.

OBSEVATION 24. — Mme V..... 47 ans

Malade vue le 24-8-36 envoyée par le docteur Paliard. A 32 ans, première crise de coliques hépatiques. Les crises se sont répétées, 4 à 5 en 15 ans. Cette malade présentait des douleurs siégeant dans les reins plus à gauche qu'à droite à tel point qu'on mit ses troubles sur le compte d'une *hernie crurale gauche* pour laquelle elle fut opérée il y a trois ans sans que cette intervention modifiât ses douleurs lombaires gauches.

Intervention 2-5-36. Cholécystostomie. Lésions de pancréatite droite. Suites opératoires simples. Revue le 3-7-36, mange bien, aucune douleur, aucun trouble digestif. Le 9-10-36 la malade va tout à fait bien depuis l'opération, plus jamais de douleurs, a repris son poids normal 57 kgs, digestions parfaites. Examen négatif, aucune douleur à la palpation.

OBSERVATION 27. — M. R..... 29 ans

Malade envoyé par le docteur Chapuy le 28-8-36 pour ulcus duodénal probable. Depuis 4 mois douleurs épigastriques tardives s'irradiant dans le dos, l'épaule gauche ou les lombes, d'apparition capricieuse, n'observant pas le rythme

des douleurs ulcéreuses. Depuis quelque temps, ces douleurs sont devenues quotidiennes, entraînant un gros amaigrissement. Quelques jours avant son entrée dans le service le malade a fait une poussée de température avec ictère franc, mais qui a rétrogradé rapidement.

Le 9-9-36, intervention. Exploration de l'estomac et du duodénum négatives. Induration de la tête du pancréas — cholécystectomie — cholédocotomie. Ablation du drain le 11 octobre. Disparition totale dès ce moment des troubles digestifs et des douleurs. Depuis le malade a plusieurs fois donné de ses nouvelles, il écrit des lettres enthousiastes en décembre 37 et novembre 38. Le malade est devenu pilote aviateur et va tout à fait bien.

OBSERVATION 29. — Mlle M. 37 ans

Cholécystectomie (Pr. Santy) en 1927, pour crises cholédociennes depuis l'âge de 18 ans. En 1936 nouvelle crise douloureuse à siège sous costal droit et épigastrique avec irradiations lombaires gauches, s'accompagnant de vomissement bilieux et de constipation, poussée d'ictère qui dure 8 jours.

19 mai 1937 intervention. Cholédocotomie. Masse indurée comme une noix dans la tête du pancréas. Ablation du drain au bout de 15 jours. Tubages tous les deux mois entre septembre 37 et mars 38. Le 5 juin 42 nous revoyons cette malade, elle n'a plus jamais ressenti de douleurs. Elle suit un régime peu sévère évitant les œufs et les graisses. Elle a maigri de 10 kgs, du fait des restrictions, dit-elle. Elle mène une vie normale. Examen négatif, pas de point douloureux à la palpation.

OBSERVATION 34. — Mme P. 38 ans

Syndrome douloureux épigastrique depuis 1935. En janvier 1933, apparaît la première crise douloureuse violente, elle débute brusquement sous forme d'une très vive douleur en barre avec nausées. En 1934, nouvelle crise identique. En 1935, deux crises plus violentes précédées de deux ou trois jours de malaise général, puis brusquement apparaissent des douleurs extrêmement vives, profondes, transfixian-

tes. Leur maximum est localisé sous le rebord costal gauche ; elles s'irradient vers la région costo-lombaire et l'épaule gauche, s'accompagnent d'une sensation de constriction thoracique ; elles sont suivies de frissons, élévation thermique et vomissements liquides. La première dure 4 jours, la deuxième 10 jours.

En avril 1936, nouvelle crise violente qui dura 12 jours. L'examen clinique montre en dehors des périodes douloureuses un seul symptôme, mais constant : c'est un point douloureux très localisé dans l'hypocondre gauche, au-dessous du rebord costal, réveillé par la palpation profonde pratiquée dans le décubitus latéral droit. Un examen radioscopique permet de localiser le point douloureux en arrière et à gauche de la grosse tubérosité gastrique. *Le diagnostic de pancréatite chronique de la moitié gauche de la glande fut porté formellement sur les caractères du syndrome douloureux.*

Intervention le 9-11-37. Lésions de pancréatite chronique de la moitié gauche de la glande. Pancréatectomie gauche. Suites simples. Le 12 février 38 le malade ne souffre plus, l'appétit est bon, les digestions normales. Le 30 mai 38 récurrence des crises douloureuses, épigastriques avec irradiation en ceinture. Décès le 20 juillet 38. Lésions anciennes de sclérose au niveau de la tête du pancréas.

OBSERVATION 37. — Mme G..... 24 ans

Entre le 27 juin 38. Depuis 8 ans, crises de coliques hépatiques. Douleurs épigastriques s'irradient dans le côté droit, apparaissant immédiatement après le repas et durant 20 minutes environ sans vomissements ; la température n'a pas été prise.

A côté de ces crises violentes, la malade présentait de temps à autre de simples petites crises douloureuses de l'hypocondre droit déclenchées par un écart de régime. Enfin le 9 avril dernier, la malade présentait une crise suraiguë : Douleur d'une violence extrême, en barre, irradiée dans la région scapulaire gauche. Intervention d'urgence (Dr Mansuy) : pancréatite oedémateuse. Cholécystostomie. Le 30 avril nouvelle crise aiguë. Douleurs épigastriques très violentes irradiées dans la région sous-scapulaire gauche, sans nausées, ni vomissements, sans température.

A l'examen, on trouve une zone douloureuse à la pression, siégeant au creux épigastrique, sous les fausses côtes gauches. Cette pression amène chez la malade une sensation de piqûre dans la fosse lombaire gauche.

Intervention le 13-7-38. Lésions de pancréatite de la totalité de l'organe avec foyer maximum en avant de la colonne. La tête présente également une induration et une augmentation de volume notable. Cholécotomie-cholécystostomie. Suites simples, mais devant la persistance d'une image de sténose cholécocienne-cholécysto-gastrostomie.

Le 6-12-38, après des suites normales, la malade quitte l'hôpital. Elle a été revue à maintes reprises en consultation. Le 1-6-39 le Dr Mallet-Guy notait : la malade a repris du poids, pèse 68 kgs (poids normal 66 kgs), ne souffre pas spontanément, garde cependant un point douloureux dans l'hypocondre gauche. Le 28-5-42. On notait la persistance de quelques douleurs lombaires gauches, et en novembre 1941 des migraines avec vomissements bilieux.

OBSERVATION 39. — Mme F. 56 ans

Depuis 25 ans, troubles généraux vagues, avec des signes digestifs, surtout marqués depuis 8 ans : douleurs post-prandiales localisées à l'hypocondre gauche. Apparition d'un ictère il y a trois semaines, qui se fonce progressivement avec prurit intense, selles décolorées, urines foncées. Amaigrissement de 4 kgs. A l'examen, la palpation ne révèle aucune douleur.

Intervention le 30-8-38. Tumeur de la tête et de l'isthme du pancréas. « Un examen anatomopathologique ultérieur montrera qu'il s'agissait de lésions de pancréatite chronique scléreuse ». Il s'agissait en réalité d'une pancréatite avec hypoglycémie. Le soir de l'intervention la malade tombe dans un coma profond et meurt dans la nuit.

OBSERVATION 43. — Mme B. 31 ans

Entre en novembre 38 dans le service du Pr Savy. Depuis un an, douleurs violentes épigastriques, irradiées, sous les fausses côtes, dans l'angle costo-lombaire gauche, et l'épaule gauche, répétées chaque jour, plusieurs fois dans

la journée et la nuit, sans rapport avec les repas, accompagnées de vomissements. Anoréxié pour les viandes et les graisses. Amaigrissement de 12 kgs. *Point douloureux à la palpation sous costale gauche*. Perception d'une masse dure, douloureuse, allongée au niveau de l'épigastre. Diagnostic : *pancréatite chronique*.

Intervention le 21-12-38. Pancréatite gauche, tête saine, hénipancréatectomie. Opération bien supportée. Revue en excellent état le 17-4-39, la malade n'a plus présenté de troubles fonctionnels, les digestions sont bonnes, examen négatif. Le 11-7-42 la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION 16. — Mme V. 39 ans

En 1928, crise de coliques hépatiques, pendant une grossesse. Douleurs localisées dans la fosse iliaque droite puis des deux côtés, en ceinture et dans les deux épaules. Pendant ces crises la malade présentait des vomissements bilieux, de l'ictère, et avait remarqué sa frilosité. Elle présentait une à deux crises par an jusqu'en 1933 où les crises devinrent beaucoup plus fréquentes, presque quotidiennes, prolongées. Gros amaigrissement de 20 kgs en 6 mois.

Le 30 juillet 1934, intervention, Cholécystite calculeuse. Un noyau de pancréatite chronique dans la partie supéro-externe de la tête, cholécystostomie. Suites très simples, conserve son drain 11 mois.

Nous avons revu cette malade le 23 mai 42 elle n'a plus présenté de grandes crises douloureuses, mais accuse encore des douleurs épigastriques et lombaires gauches, violentes surtout depuis 1941. A l'examen on note un *point douloureux sous-costal gauche* très net.

OBSERVATION 20. — M. B. 35 ans

Malade entré dans le service du Pr Savy le 26-6-35, qui présenta il y a trois mois, puis trois semaines des crises douloureuses abdominales droites, suivies chaque fois d'un ictère franc, rétrocedant en 15 jours à 3 semaines, sans température. Examen négatif, pas de douleurs à gauche.

Le 16-7-35 intervention. Cholécystostomie, petit noyau de pancréatite, ne comprimant pas le cholédoque. Depuis plus jamais de douleurs, sauf quelques douleurs lombaires, peu

intenses à la fatigue. Revue le 23 mai 1942 en bon état général. A l'examen douleur peu intense localisée à la queue du pancréas.

OBSERVATION 40. — M..... 27 ans

Malade envoyée au service du Pr Froment, pour lithias cholédocienne. Depuis 5 ans, crises douloureuses de l'hypocondre droit, survenant au début, 3 ou 4 fois par an, puis beaucoup plus fréquentes. Les crises durent une heure, s'accompagnent de vomissements, et sont suivies de frissons sans température. La douleur, extrêmement vive, siège dans l'hypocondre droit et s'irradie à droite. Il y a un mois, crise beaucoup plus violente, la douleur est cette fois diffuse à tout l'abdomen, le lendemain apparition d'un ictère. A l'examen du 5-10-38 on note une contracture du grand droit du côté droit dans sa portion sus-ombilicale.

Intervention le 7-10-38. Tête du pancréas très nettement augmentée de volume et indurée, cholécotomie, cholécystostomie. La malade a présenté dans les suites immédiates quelques hémorragies qui ont cédé aux hémostatiques et aux petites transfusions. Revue le 15-5-39, on notait un excellent état général, plus de douleurs, bonnes digestions; la malade signale avoir fait des écarts de régime sans incident. Pas de douleur sous-costale provoquée. Le 27-4-40 excellent état général, on notait cependant à l'examen une petite douleur à l'hypocondre gauche.

OBSERVATION 36. — Mme C..... 35 ans

Malade envoyée le 14-13-37 pour lithias vésiculaire. Depuis 1931, vomissements de bile, migraines le matin, mauvaise digestion des graisses, lait, œufs. Depuis le début de l'année la malade souffre de façon intermittente sans jamais avoir eu de crises violentes, toujours à droite sous le foie, dans l'épaule droite et sous le sein droit. Jamais d'ictère, elle n'a jamais souffert à gauche.

Intervention le 26-1-38. Pancréatite de la tête, cholécystectomie et cholécotomie. Suites très simples. Revue à plusieurs reprises elle se déclarait enchantée, ne présentant plus aucun trouble, elle digérait très bien. Le 16-1-39 elle accusait à la suite de vives émotions, des coliques douloureuses dans tout le ventre, mais elle ne souffre plus dans le sein droit, ni l'épaule droite. Examen négatif.

OBSERVATION 38. — Mme D..... 43 ans

Début des troubles en 1930 par des crises douloureuses de l'hypocondre droit, et de l'épigastre, sans irradiation, en particulier pas d'irradiation lombaire gauche. Ces douleurs s'accompagnaient de vomissements fréquents. Les crises duraient 2 à 3 heures, survenant tous les 2 à 3 mois. Poussées d'ictère à répétition ; amaigrissement.

Le 19-8-38 intervention. Tête du pancréas indurée. Vésicule lithiasique, cholécystectomie. Suites simples. La malade revue le 18 avril 1942 nous dit n'avoir plus jamais présenté de douleurs depuis son opération. Elle ne suit aucun régime, mangeant de tout. L'état général est bon, à l'examen aucun point douloureux.

OBSERVATION 42. — M. R..... 52 ans

Depuis avril 38, crises douloureuses de l'hypocondre droit avec vomissements, température à 38, grosse vésicule. Crises se répétant toutes les 5 à 6 semaines avec poussées d'ictère. Nouvelle crise le 6-12-38, température à 39,5, frissons, jaunisse, amaigrissement de 12 kgs en 6 mois.

Le 22-12-38 intervention. Pancréatite de la tête, cholécystostomie. Suites idéales. Le 20-12-40 le malade était en parfait état, il n'a plus jamais souffert, excellent appétit, régime large, aucun trouble digestif.

Dans une troisième et dernière période, c'est-à-dire depuis janvier 1939, le symptôme fut recherché systématiquement et nous avons pu faire fréquemment le diagnostic pré-opératoire de pancréatite chronique.

Nous recueillons alors 40 observations de pancréatites chroniques. 31 de nos malades présentaient des douleurs de l'hypocondre gauche ; dans 3 autres cas la douleur provoquée est trouvée dans les suites opératoires. Enfin 6 malades n'ont jamais souffert à gauche. Ces 9 derniers malades présentaient des pancréatites de la tête,

sauf un seul (obs. 64) chez lequel on a trouvé des lésions diffuses au corps de la glande. Mais dans ce dernier cas l'absence de point douloureux n'est pas nettement mentionnée.

Voici leurs observations :

OBSERVATION 46. — M. B., 48 ans

Malade envoyé du service du Pr Savy pour *pancréatite gauche*. Ce malade a présenté depuis août 1938, trois crises douloureuses de l'hypocondre gauche, d'inégale intensité, mais toujours identiques : le malade présentait des douleurs de l'hypocondre gauche, irradiées dans la région dorsale du même côté, durant plusieurs jours obligeant le malade à arrêter son travail, avec vomissements, fièvre, arrêt passager des matières et ballonnement. Le médecin traitant interpréta ces crises comme des crises d'origine rénale.

A l'examen, on notait un *point douloureux précis de l'hypocondre gauche*, point douloureux que la radioscopie permettait de localiser derrière l'estomac.

Intervention le 24-3-39. Grosses lésions diffuses de pancréatite chronique-cholécystostomie. Suites simples. — Pendant 10 mois absence de crise douloureuse, puis réapparition de celles-ci tous les trois mois environ surtout à l'occasion d'un écart de régime : épinards, choucroute, boudin. Dans l'intervalle des crises le malade a une excellente santé. Le 22-12-41 on notait à l'examen un point douloureux sous-costal-gauche très net. Réapparition des crises douloureuses en janvier 42. Réintervenu le 18-2-42 le Dr Mallet-Guy notait des lésions de sclérose régulière sans signe d'inflammation récente. Malheureusement la découverte d'un noyau au niveau de la tête empêchait une pancréatectomie très réalisable par ailleurs.

Dans les suites, crises douloureuses analogues, cédant à l'atropine, plus ou moins violentes avec parfois vomissements, sensation de crampes épigastriques, léger subictère, ces crises survenant sur un fond douloureux constant. Le 20-5-42 infiltration splachnique gauche. Le Dr Mallet-Guy notait le 26-5 : l'infiltration a donné une augmentation des

douleurs pendant 24 heures, puis une atténuation progressive, et depuis hier une disparition complète qui coïncide avec une diminution de la quantité de bile. Splanchiectomie gauche, le 1-6-42. Excellents résultats au point de vue élément douleur. Le malade n'a plus souffert depuis, il se déclare enchanté. Revu le 19-9-42 l'amélioration s'est maintenue, le malade a passé un mois à la campagne, état général excellent reprise de poids de 2 kgs. Il n'a plus ressenti aucune douleur, mange de tout sans incident, son caractère même a changé de son propre aveu, de maussade il est devenu joyeux et plein d'entrain.

OBSERVATION 47. — M. G..... 37 ans

Malade présentant depuis 1923 des douleurs épigastriques sans rapport net avec l'ingestion alimentaire, mais qu'un traitement par le bismuth parut améliorer. Une intervention pratiquée le 9-2-38 par le Dr Pollosson avait montré l'intégrité de l'estomac et du duodénum. Exploration de la tête du pancréas négative.

Le malade revient à l'hôpital le 20 mars 39, car les phénomènes douloureux ont repris depuis quelques jours: douleurs au niveau du creux épigastrique, s'irradiant en ceinture et surtout du côté gauche jusqu'à la région dorsale. A l'examen, on notait un *point douloureux très net sous les fausses côtes gauches*, lorsque le malade est mis dans le décubitus latéral droit. Les épreuves d'insuffisance pancréatique ayant été confirmatives, le diagnostic de *pancréatite* est posé.

Le 7-4-39, intervention. Lésions de pancréatite totale, cholécystostomie. Suites très simples. Le 23-7-40 le malade revient pour des douleurs de l'hypocondre gauche, réapparues depuis septembre 1939, ce malade ne suivant plus de régime. Les douleurs ont le type de piqures, siégeant dans l'hypocondre gauche, sans irradiation, sans rapport avec les repas. A l'examen défense de la paroi au niveau de l'hypocondre gauche. Convoquée en décembre 41, la lettre de convocation revient « *décédé* ».

OBSERVATION 48. — M. K..... 35 ans

Malade envoyé le 17-4-39 pour syndrome douloureux de l'hypocondre gauche.

Depuis 10 ans quelques crises légèrement douloureuses de l'hypocondre gauche durant un à deux jours. Le 16-4-39 à 4 heures du matin, le malade fut brusquement réveillé par une violente douleur de l'hypocondre gauche, avec vomissements de liquide verdâtre. Les douleurs ayant leur maximum dans la région lombaire, s'irradient dans l'hypocondre gauche. A l'examen contracture du grand droit du côté gauche, et douleur intense à la palpation profonde de l'hypocondre gauche. Nouvelles crises moins vives les 24 et 25 avril.

Intervention le 26-4-39. Lésions de pancréatite chronique au niveau du corps. Pancréatectomie gauche. Les suites immédiates furent simples. Le malade n'a plus présenté de crises douloureuses; mais accuse jusqu'en septembre 41 de la fatigue générale et quelques douleurs lombaires. Depuis cette date, brusquement grosse amélioration, reprise de l'appétit, reprise de poids de 10 kgs. Le malade ne suit aucun régime, et le 18-4-42, nous l'avons revu en excellent état, ne souffrant plus du tout. Aucun trouble digestif. Mêmes constatations le 11-7-42.

OBSERVATION 49. — M. L..... 50 ans

En avril 1939, épisode fébrile avec douleur sous-costale droite irradiée au niveau de la onzième vertèbre dorsale, dans l'épaule droite, entre les deux épaules et dans l'hypocondre gauche, apparition d'un léger ictère le lendemain, diarrhée post-prandiale. Amaigrissement de 4 kgs en deux mois. A l'examen *douleur* à la palpation profonde *sous les fausses côtes gauches* où l'on perçoit le pancréas.

Intervention le 20-5-39. Induration limitée de 3 centimètres au niveau de la queue du pancréas. Induration et hypertrophie plus nette au niveau de la tête, cholécystostomie. Suites très simples. Revu le 21-3-42 le malade présente un résultat parfait du point de vue digestif, aucune douleur, aucun trouble du transit, pas de diarrhée, ni de constipation. A l'examen disparition de toute douleur de l'hypocondre gauche, pas de douleur à droite non plus.

OBSERVATION 50. — Mme D..... 62 ans

Malade envoyée par son médecin traitant, pour ulcère probable de l'estomac. Elle présentait depuis septembre 38

des douleurs épigastriques, s'irradient dans les reins et dans l'épaule gauche. Douleurs post-prandiales sans horaire bien fixe sans périodicité, s'accompagnant de quelques vomissements et d'un amaigrissement massif.

A l'examen le Dr Mallet-Guy notait le 7 mai : la malade présente de la manière la plus nette un *point douloureux de l'hypocondre gauche* qui correspond aux irradiations dans l'épaule gauche et dans les reins signalées par la malade. Aucune douleur à droite. Le diagnostic est *pancréatite chronique*.

Intervention le 31-5-39. Lésions de pancréatite diffuses avec prédominance à la tête de l'organe, cholécystostomie. La malade n'a plus présenté de subictère depuis l'intervention. Elle conserva des douleurs nocturnes dans l'hypocondre gauche, elle quitte le service le 2-8-39. Elle n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION 54. — Mme M. 57 ans

Malade envoyée par le Dr Ducroux pour *pancréatite probable*. En 1930 crise douloureuse de l'hypocondre droit avec légère poussée d'ictère, durant une quinzaine de jours. En 1934 nouvelle crise douloureuse ; la topographie de la douleur s'est un peu modifiée : douleur en barre d'un hypocondre à l'autre. Nouvelle crise analogue en 1939, la malade examinée à ce moment, on notait, la pression est un peu douloureuse *dans l'hypocondre gauche*, surtout dans le déubicut, latéral droit.

Intervention le 2-8-39. Lésions inflammatoires, de toute la moitié gauche de la glande. La tête du pancréas, renferme au niveau du processus omentale des formations indurées. Cholécystostomie. Suites simples avec cependant le 6-8 un épisode de pancréatite aiguë. Cette malade nous écrivait le 15-4-42 qu'elle allait très bien, travaillant normalement, mangeant bien sans douleur, ni troubles digestifs.

La malade étant revenue en raison de la réapparition des douleurs épigastriques et de l'hypocondre gauche, on notait à l'examen un *point douloureux pancréatique gauche très net*. Le 28-7-42 : *splanchnicectomie gauche*, qui donne un résultat remarquable. Le 17-10-42, l'état général restait parfait, plus aucune douleur, excellent appétit, pas de troubles digestifs.

OBSERVATION 55. — Mme V..... 67 ans

Malade présentant un long passé de troubles dyspeptiques : flatulances, somnolences post prandiales, vomissements bilieux. En 1938, crise douloureuse de l'hypocondre droit avec irritation lombaire, poussée d'ictère pendant trois semaines. A l'examen la palpation profonde de la région sous-costale droite est douloureuse. La palpation de l'hypocondre gauche est elle aussi douloureuse.

Intervention le 25-8-39. Noyau dans la tête du pancréas, pancréatite qui se poursuit jusqu'à la queue, par une série de nodosités dures évidentes — cholécystostomie. Le 1-8-41 cholécystogastrostomie, la malade ayant présenté de nouvelles crises douloureuses dans l'hypocondre droit. Revue le 28-2-42, la malade accuse quelques troubles digestifs, pesanteur, congestion de la face après les repas. La palpation de l'hypocondre droit est douloureuse sans point précis. Pas de douleurs à gauche. Le 18-6-42, réapparition de crises douloureuses hépatiques, sous-costales droites, avec subictère et vomissements bilieux ; frissons ; amaigrissement important. Le 24-7-42, une intervention montre l'oblitération de la bouche de cholécystogastrostomie et la présence d'un calcul cholédocien — cholédoco-duodénostomie. Suites extrêmement simples : la malade quitte le service le 9-10-42, les douleurs et les troubles digestifs ayant disparu.

OBSERVATION 56. — Mme B..... 60 ans

En 1936, hématomèse, assez abondante, avec tendance syncopale. Radioscopie gastrique négative. En juillet 1940, apparition de crises douloureuses épigastriques, avec irradiations lombaires gauches, douleurs très vives à type de torsion, obligeant la malade à se courber en deux. Les crises durent environ une demi-heure, survenant une demi-heure après le repas, tous les jours, après tous les repas. Pas de vomissement, pas de diarrhée, jamais d'ictère. Amaigrissement de 15 kilos.

Intervention le 26-10-40. Noyau de pancréatite chronique, dans la région vaticienne. Cholédochotomie. Suites simples : la malade va bien jusqu'en juin 41. A ce mo-

ment, nouvelle crise douloureuse de l'hypocondre gauche, à irradiations dans le thorax et la région scapulaire gauche. A l'examen, le 23 mars 1942, la malade n'a plus de crise douloureuse, mais on met en évidence un *point douloureux sous-costal gauche* très net. Le 28-5-42, la malade vient se montrer, elle ne souffre pas. Examen négatif.

OBSERVATION 57. — M. D. 46 ans.

Malade de 46 ans, ayant présenté en avril 1936 une crise douloureuse violente de l'hypocondre droit avec vomissements bilieux, température à 38,5. Nouvelles crises en novembre 1938 et juillet 1940, le malade présentant à ce moment une poussée d'ictères qui dure un mois. Depuis douleurs post-prandiales, ayant leur paroxysme 3/4 d'heure après le repas, siégeant dans l'hypocondre gauche. Hospitalisé dans le service du docteur Mallet-Guy, le malade présente une nouvelle crise violente le 31 octobre 1940 ; l'examen pratiqué alors souligne que la palpation sous-costale gauche effectuée dans le décubitus latéral droit, réveille dans la profondeur, en dehors de l'estomac, une *vive douleur tout à fait typique de l'atteinte pancréatique*.

Intervention le 8-11-40. La tête du pancréas est très œdématée et très dure, avec nodosités disséminées dans son parenchyme. Cholédocho-duodénostomie. Suites simples. Revu en novembre 1941, le malade allait très bien, sans aucun trouble douloureux, ayant présenté, seulement une fois, une crise douloureuse, après avoir ingéré des escargots. Tout rentre dans l'ordre. Examen négatif : pas de point douloureux, ni à droite, ni à gauche, dans les hypocondres. Revu en excellent état en mars 1942.

OBSERVATION 58. — Mlle P. 27 ans

Malade envoyée le 14-3-41, qui présente depuis plusieurs années des troubles dyspeptiques, avec aérophagie ; depuis septembre 39, des crises épigastriques post-prandiales tardives, avec nausées sans vomissement ; les crises durent de deux à quatre jours. On notait à l'examen un *point douloureux sous le rebord costal gauche*.

Intervention le 22-3-41. Cholécystostomie. Suites idéales. Revue régulièrement en avril, mai et juin, la malade va très bien, est enchantée, digère sans douleurs, bon appétit. On notait simplement à l'examen, la persistance d'un très minime point douloureux à gauche qui disparaît en juillet. En septembre, réapparition de quelques troubles digestifs, surtout après ingestion de graisses ; la malade souffre à gauche et l'examen met en évidence un point douloureux précis dans l'hypocondre gauche. La suppression complète des corps gras amène une grosse amélioration.

OBSERVATION 59. — M. F..... 35 ans

Malade envoyé par le Dr Vachon, pour douleurs épigastriques. L'affection a débuté en juin 1940, par une crise douloureuse durant 4 jours : douleurs sourdes en barre dans la région sus-ombilicale allant de l'hypocondre droit à l'hypocondre gauche, irradiant parfois jusque dans la région lombaire gauche. Douleurs sans horaire précis, non rythmées par l'ingestion alimentaire. Nouvelle crise en novembre 1940, puis en janvier 1941 ; dernière crise en avril 1941. Le Dr Mallet-Guy notait alors : la douleur commence dans l'hypocondre gauche, dans le côté, et s'irradie dans tout l'épigastre, et inconstamment dans les reins. Pas de vomissement, pas de frisson, pas de ballonnement. La palpation en décubitus latéral, montre un *point douloureux au niveau de la queue du pancréas*. A la radioscopie, on se rend parfaitement compte en décubitus de 3/4, que le point douloureux sous-costal gauche est indépendant de l'estomac, en dehors de lui. Intervention le 16-5-41. Lésions de pancréatite chronique diffuse ; cholécystostomie. Suites simples de la cholécystostomie, mais persistance d'un cholédoque pancréatique rétréci et incurvé. Le 22-8-41 cholécysto-gastrostomie. Le malade quitte l'hôpital le 11-9-41 ; on notait alors la disparition des troubles digestifs et des douleurs. Revu le 16-12-41, le malade avait un excellent résultat. Pas de vomissements, pas de douleur, reprise de poids.

OBSERVATION 60. — M. M. 56 ans

Malade suivi par le Dr Marcel Girard depuis novembre 1940 pour un syndrome digestif, souffre de l'estomac depuis le début de 1936 ; au début, crises douloureuses épigastriques tardives, avec vomissements acides, crises espacées tous les deux à trois mois. Mais, depuis un an, le malade souffre presque continuellement. A l'examen, on note *un point douloureux para-ombilical gauche qui, associé à l'irradiation dorsale gauche de la douleur épigastrique, fait songer au pancréas.* (Dr M. Girard). Le 20-5-41, le malade souffre toujours dans la moitié gauche de l'épigastre sans horaire, *Point douloureux sous-costal gauche.*

Le 21-5-41, intervention. Pancréatite chronique totale. Suites idéales. Revue en mai 1942, disparition de toute crise douloureuse. Le malade ne suit aucun régime, ne présente aucun trouble digestif. Disparition des douleurs de l'hypocondre gauche.

OBSERVATION 62. — Mlle A. 35 ans.

Malade envoyée le 31-5-41 par le Dr Goutorbe. Depuis le jeune âge, vomissements fréquents, 2 à 3 fois par an. En 1936, apparition de crises douloureuses, tous les 3 mois, peu violentes, n'arrêtant pas le travail. Vomissements à chaque crise. Vésicule très sensible et léger subictère. En 1939, les crises deviennent plus violentes, avec température à 39, exigeant le repos au lit, 2 à 3 jours. 4 à 5 crises au cours de l'année. En septembre 1940, grosse crise avec température à 39,5 pendant 8 jours. Depuis, crises presque mensuelles.

A l'examen, le Dr Mallet-Guy notait : « La malade souffre en réalité en travers dans tout l'étage sus-mésocolique, plus à gauche qu'à droite, avec irradiations dans les reins. *Point douloureux net sous-costal gauche.* Contracture à gauche plus marquée qu'à droite.

Le 7-6-41, intervention. Pancréatite de la tête. Cholécystostomie. Suites très simples. Revue le 31-7-41 la malade garde quelques douleurs à droite, s'améliore chaque jour, mange mieux. Persistance d'un point douloureux à gauche.

OBSERVATION 63. — Mme P..... 34 ans

Depuis 1935, crises douloureuses épigastriques, sans horaire fixe. Douleurs à type de crampes, de brûlures au creux de l'estomac, s'irradiant tantôt à gauche, tantôt à droite, en ceinture et dans l'épaule gauche, avec vomissements et nausées fréquents. Depuis janvier 1941, crises douloureuses plus fréquentes tous les quinze jours. Intervention le 20-6-41. Lésions diffuses du corps et de la tête du pancréas. Assez grosse masse au niveau de l'isthme, cholécystostomie. Suites immédiates excellentes. Revue en mars 1942, la malade accusait des douleurs lombaires gauches intenses, avec vomissements presque quotidiens. Une splanchnicectomie droite pratiquée le 20-3-42 amena une amélioration des phénomènes douloureux.

La malade est revue le 29-9-42. Elle a présenté une crise douloureuse de l'hypocondre gauche à la suite de laquelle son médecin aurait constaté une grosse vésicule. Elle accuse de temps à autre des douleurs sourdes dans l'hypocondre gauche et des douleurs à type de « piquées » à droite. Le 2-10-42 la manométrie pratiquée au cours de l'intervention ayant déterminé des crises d'hypertension biliaire et la radiographie ayant montré un cholédoque dilaté et un influx dans les bronches intra-hépatiques et dans le Wirsung, sur 13 centimètres, on pratique une cholécysto-gastrostomie dont les suites sont extrêmement simples. La malade sort le 16-10-42. Disparition des phénomènes douloureux.

OBSERVATION 65. — Mlle R..... 52 ans

Malade ayant présenté en 1936 une crise douloureuse épigastrique. Douleur brusque, transfixiante, survenue 4 heures après le repas, avec nausées, sans température, sans ictère. Depuis, pas de nouvelle crise, mais persistance de douleurs épigastriques, à type de crampes, et en juin 1941, apparition de douleurs lombaires violentes, sans irradiation. On note à l'examen dans l'hypocondre gauche une masse allongée, dure, avec un point douloureux à gauche de l'épigastre, qui est interprété comme un colon distendu. Le 1^{er} juillet, le Dr Mallet-Guy rectifiait :

la masse transversale de l'hypocondre gauche doit être interprétée comme un pancréas, *pancréatite chronique*.

Intervention le 5-7-41. Pancréatite chronique diffuse, avec noyaux disséminés. Cholécystostomie. Revue le 29-9-41, la malade présente des crises douloureuses épigastriques, avec irradiation lombaire gauche nette. Le corps du pancréas est nettement perçu induré dans le décubitus latéral droit, point douloureux de l'hypocondre gauche. En mars 1942, état stationnaire : crises douloureuses persistantes, et à l'examen, point douloureux précis à gauche. Une infiltration splanchnique, donne une amélioration nette pendant 8 jours.

OBSERVATION 68. — M^{re} C.

L'affection a débuté en avril 1941 par une violente crise douloureuse. La douleur siège dans la région épigastrique et dans les deux hypocondres droit et gauche, s'irradie dans la région interscapulaire et dans l'épaule gauche, mais pas dans l'épaule droite. Douleur à caractère constrictif. La crise dure trois jours, avec atténuation rapide des phénomènes douloureux, pas d'ictère et de température. Nouvelle crise un mois après, 3^e crise le 17-7-41. Crise très violente pendant trois jours avec ictère foncé, verdâtre, prurit, pas de température. Retour à l'état normal au bout de trois semaines. Le 18-9-41, la malade entre à l'hôpital à la suite d'une nouvelle crise, avec poussée ictérique. A l'examen, pas de douleur à la palpation, vésicule non perçue. La radioscopie montre un élargissement très net du cadre duodénal, le cadre tend à prendre la forme sphérique des distensions pancréatiques.

Le 24-9-41 intervention. Grosse tumeur dure de la tête du pancréas, dans sa portion juxta-isthmique. Cholécystogastrostomie. Le 25-10-41, la malade quitte le service très améliorée. Revue le 11-12-41, puis le 14-3-42, excellent état général, digestion très facile, mange de tout, excellent appétit, aucun régime. L'ictère a complètement disparu, teint rose. Reprise de poids étonnante de 12 kilos en 6 mois.

OBSERVATION 69. — M. G..... 44 ans

Malade envoyé le 2-10-41 avec le diagnostic d'ulcère pylorique. Depuis 4 ans, douleurs épigastriques transfixiantes, extrêmement vives, avec tendance syncopale, sans horaire fixe, non liées à l'ingestion alimentaire, jamais de vomissement, pas de troubles digestifs, pas de température, ni de subictère. Depuis 6 mois, les crises sont continues, et le malade a perdu 29 kilos. A l'examen, le Dr Mallet-Guy notait l'existence d'un *point douloureux sous-costal gauche* et portait le *diagnostic de pancréatite*.

Intervention le 8-10-41. Induration de la tête du pancréas, prolongée sur le corp. Cholécystostomie. Le malade quitte le service le 3-1-42, ayant repris 14 kilos. Bon état général, plus de crises douloureuses, mais il accuse par moments un endolorissement lombaire. Revu le 1-10-42 en bon état général ; le malade n'a plus souffert, même normalement sa vie de cultivateur, sans suivre aucun régime. Poids stationnaire.

OBSERVATION 70. — M. M..... 54 ans

Début des troubles au début de 1940. Points douloureux sous-costal gauche et lombaire des deux côtés. Les périodes douloureuses duraient environ 8 jours, entrecoupées d'accalmies plus ou moins longues. Nausées et quelques vomissements bilieux. Pas de température, pas d'ictère. Amaigrissement de 15 kilos. Les troubles persistant, malgré le repos, le malade entre à l'hôpital.

Intervention le 26-11-41. Induration irrégulière de toute la moitié gauche du pancréas ; noyau au niveau de l'isthme se prolongeant sous la première portion du duodénum. Cholécystostomie. Température, complications pulmonaires post-opératoires. A son départ au sanatorium, en août 1942, on notait la persistance d'un *point douloureux pancréatique gauche*.

OBSERVATION 71. — Mme G..... 58 ans

Malade envoyée le 4-10-41 par le Dr Goutorbe, pour hernie crurale gauche étranglée, depuis 24 heures. Intervention d'urgence. Suites simples. Cette malade souffrait du

foie depuis 20 ans, à la suite de grossesses répétées ; elle présentait alors une première crise douloureuse très violente, ayant duré 4 jours, sans température, et ayant nécessité l'administration de morphine. Les crises se sont répétées à l'occasion d'écarts de régime sans température ni ictère, tous les trois mois puis tous les deux ou trois ans, jusqu'en 1933. Calme complet jusqu'en octobre 1940. A ce moment, nouvelle crise semblable aux autres. La vésicule n'a jamais été perçue. La dernière crise a coïncidé avec l'étranglement herniaire. La malade souffre surtout à gauche, dans les reins des deux côtés. A chaque crise, elle est ballonnée, les vomissements la soulagent. A l'examen, point douloureux épigastrique et se prolongeant sous les fausses côtes gauches dans le décubitus latéral. Nouvelle crise le 25-10-41.

Intervention le 27-10-41. Cholecystite lithiasique. Lésions très nettes de pancréatite diffuse. Cholecystectomie. Cholécotomie. Ablation du drain le 21-11-41, après 3 jours d'occlusion, sans incident. Cicatrisation immédiate, la malade part le 24-11-41 en bon état.

OBSERVATION 72. — M. D..... 31 ans

Malade envoyé le 3-12-41 par le docteur Pleindoux, pour pancréatite chronique. Ce malade avait été opéré d'urgence en août 1939, par le Dr Francillon, remplaçant le Dr Denis: syndrome suraigu de pancréatite hémorragique. Un drain, une mèche. Pas de cholécystostomie.

Ce malade souffrait depuis un an de l'estomac, irrégulièrement, trois à quatre jours, tous les un ou deux mois, sans horaire fixe, le plus souvent le matin, après le petit déjeuner. Douleur exactement médiane, jamais de jaunisse. Nouvelle crise aussi violente en juillet 1940. Le malade fut de nouveau transporté à la clinique de Mâcon. La crise cède en trois jours sous l'influence de morphine, adrénaline, hyposulfite de soude. Deux autres crises en tous points semblables, ayant évolué d'une façon analogue, sous l'influence de la même thérapeutique survinrent en juin et octobre 1941. A noter à ce moment l'apparition d'une douleur à gauche sous les fausses côtes. Des examens radiologiques, pratiqués par le Dr Dufour, le 4-7-41, montrèrent un élargissement du cadre duodénal et l'intégrité de l'estomac et de la vésicule.

Le 10-12-41 intervention du Dr Mallet-Guy. Lésions très nettes de pancréatite chronique gauche, rien à la tête. Pancréatectomie gauche, 6 heures après la fin de l'intervention, brutale hémorragie, mortelle malgré une transfusion.

OBSERVATION 74. — Mme O., 31 ans

Malade envoyée du service du Dr Froment pour coliques hépatiques ; depuis 8 ans, crises douloureuses de l'hypocondre droit, à irradiations épigastrique et scapulaire droites, avec vomissements, température et frissons. Léger subictère le lendemain. La dernière crise remonte au 17-1-42. A l'examen dans le service, on notait un point vésiculaire douloureux et la *palpation de la région pancréatique est également douloureuse.*

Intervention le 4-3-42. Induration de la tête du pancréas. Cholécystectomie. Cholédocotomie. Suites opératoires simples, la malade quitte le service le 9-4-42.

OBSERVATION 75. — Mme M. 68 ans

Excellente santé jusqu'en 1930. Avant, cependant, déjà quelques petits phénomènes d'intolérance à l'égard des épices et des sauces. Puis il y a 12 ans, sans prodromes, survient, un matin, une douleur excruciante, épigastrique, irradiée à gauche et dans la région lombaire, douleur ne s'accompagnant ni de signes généraux, ni de vomissement. La crise douloureuse dure une demi-heure, puis se calme spontanément. Depuis lors, de nouvelles crises semblables se répètent à intervalles irréguliers (un mois ou un an), mais la durée de la crise, l'intensité de la douleur, allaient croissant. Jamais d'ictère ni de vomissement jusqu'au 10-11-41, jour de la crise dramatique qui la conduisit à l'infirmerie de Porte. Le chirurgien de garde, trouvant une ascite hémorragique et des nodules blanchâtres disséminés sur le péritoine et l'épiploon, ne pousse pas plus avant son exploration en raison de l'état très inquiétant de la malade, et conclut à une péritonite néoplasique.

La malade ne se décidant pas à mourir, après plusieurs semaines, est envoyée dans le service du Dr Mallet-Guy qui, en reprenant son observation, dégage l'histoire clinique que nous venons de décrire. La palpation révélait une résistance de la région épigastrique maxima à gauche et un *point douloureux sous-costal gauche* très net.

Radioscopie gastrique ; grand estomac, repoussé en totalité à gauche. Sur le profil, l'estomac est refoulé en avant contre la paroi et une encoche dessine nettement la saillie du corps pancréatique. Cadre duodénal non élargi. On pouvait penser à l'évolution d'une lésion pancréatique, d'abord chronique et discrète, puis marquée d'épisodes oedémateux successifs, puis brusquement compliquée d'un accident brutal d'auto-digestion. Finalement, l'atteinte progressive de l'état général, la persistance des douleurs, la température irrégulière, laissaient penser à une suppuration du foyer nécrotique.

L'intervention, pratiquée le 6 mars 1942, permit de drainer 3 volumineux abcès du pancréas. Elle confirmait le diagnostic de suppuration pancréatique diffuse, séquelle d'une pancréatique hémorragique. Suites très simples, cicatrisation pratiquement complète au bout de trois mois. Les crises douloureuses qui se reproduisaient depuis des années ont disparu. La malade se déclare parfaitement satisfaite. Opérée d'urgence en juillet 1942 pour hernie étranglée, aucune douleur, aucun trouble digestif.

OBSERVATION 76. — Mme G.....

En janvier 1942, crise douloureuse violente de l'hypochondre droit, irradiée à l'épigastre, et aux régions lombaires droite et gauche. Cette crise s'est accompagnée de vomissements bilieux ; ni température, ni frissons. Légère poussée d'ictère, les jours suivants. Le 23 février, nouvelle crise analogue, la malade est envoyée à l'hôpital, dans le service du Pr Garin. Examinée le 26, on ne trouve à la palpation de l'abdomen aucun point douloureux, mais la crise s'était dissipée pendant son séjour en médecine.

Le 9-3-42, intervention. Pas de calculs vésiculaires ou cholédociens. Le pancréas présente une induration de la dimension d'une noix fraîche, au niveau de la portion juxta-isthmique de la tête. Cholécystostomie. Suites très simples. Abla-

tion du drain au bout d'un mois. La malade est en excellent état, digère tout facilement, n'a plus présenté aucun phénomène douloureux. Elle quitte le service le 13-4-42 en excellent état local et général.

OBSERVATION 78. — M. C. 44 ans.

Malade envoyé le 23-4-42 par le Dr Martinet, pour appendicite. En 1939, syndrome abdominal aigu ayant cédé rapidement à un traitement hépatique. Le 8-1-42 crise plus douloureuse survenue à la suite d'un écart alimentaire, la crise dure 3 à 4 jours puis passe spontanément. Pendant ces 2 crises, le malade ne peut pas préciser le siège exact de ses douleurs. Elles siégeaient dans tout l'abdomen, sans localisation particulièrement douloureuse.

L'affection actuelle remonte au 22-4-42. A 10 heures, le malade ressentit une violente douleur abdominale, diffuse, qui l'oblige à se courber en 2. Il présenta des vomissements bilieux peu abondants. Température à 37,9. A l'examen, la palpation abdominale ne montre pas de contracture mais permet de localiser un point douloureux au niveau du Mac Burney et un autre *point pancréatique sous les fausses côtes gauches*. Radioscopie : à la palpation, on réveille un point douloureux en refoulant à droite la grande courbure et en appuyant profondément.

Le 13-5-42, intervention. Le corps du pancréas est induré par place, surtout dans la portion caudale. Au niveau de la tête, noyau net des dimensions d'une noix environ, cholécystostomie. Le 30-6-42 le malade est revu en bon état général ayant repris 1 kg. 500. Cicatrice parfaite, pas de douleur à droite, pas de point douloureux pancréatique gauche. Mêmes constatations en octobre 1942, le malade ne suit aucun régime.

OBSERVATION 79. — M. G. 25 ans.

Malade de 25 ans, admis d'urgence à l'hôpital, pour crise douloureuse de l'hypocondre gauche. Depuis 4 ans, crises douloureuses abdominales en ceinture, aussi intenses dans l'hypocondre droit que gauche, douleurs d'intensité variable. Parfois simple gêne, sensation de constriction, parfois très

vive, obligeant le malade à se courber en deux. Les crises durent quelques heures à 2 jours, avec frissons. Ni vomissement, ni contracture. Subictère des conjonctives, les jours suivants. Le 17 mai, vers 5 heures de l'après-midi, douleur d'abord légère, mais augmentant rapidement d'intensité jusqu'à devenir atroce, empêchant tout mouvement ; elle siègeait dans l'hypocondre gauche et s'irradiait dans le dos. La crise dure 2 heures, sans vomissement, sans signes péritonéaux, puis s'atténue et disparaît pendant la nuit. A l'examen, le lendemain, abdomen souple ; *point douloureux très net sous-costal gauche*. Le 20 mai, radioscopie gastrique (Dr Mallet-Guy), le point douloureux siège à gauche de l'estomac, un autre dans la concavité de la petite courbure.

Intervention le 12-6-42. Zone indurée très nettement perceptible dans la portion juxta-isthmique du corps du pancréas. Cholécystostomie. Le 18-6-42 le drain se bouche ; ascension thermique à 38 et réapparition des douleurs. Réintervention, on tombe dans l'espace sous-hépatique heureusement cloisonné sur du pus et des caillots. Remise en place d'une sonde de Pezzer. Depuis, disparition des phénomènes douloureux. Après quelques jours la température est revenue à la normale. Revue le 1-10-42, en bon état ; persistance cependant de quelques douleurs épigastriques et de l'hypocondre droit.

OBSERVATION 81. — Mme R. 45 ans.

Malade envoyée le 26-7-42 par le Dr P. Ravault pour cholécystite. Cette malade présentait depuis 20 ans des crises de coliques hépatiques, dans l'intervalle desquelles persistait un endolorissement continu du flanc droit, en même temps la malade accuse des troubles dyspeptiques constants. A l'examen, on notait un gros foie douloureux et un *point douloureux sous-costal gauche*. Le 17-7-42 le Dr Mallet-Guy notait : « La constatation d'un point douloureux pancréatique gauche oriente nettement vers le diagnostic de pancréatite chronique. »

Intervention le 20-7-42. Noyau de pancréatite au niveau de la tête, plus quelques indurations irrégulières, diffuses dans le reste de la glande. Cholécystostomie. Suites opératoires

sans incident. Ablation de la sonde le 13-8-42. La^e malade quitte le service le 17, améliorée au point de vue fonctionnel. Le 17-9-42 la malade est revue en consultation. Elle a présenté depuis sa sortie de l'hôpital une crise douloureuse de l'hypocondre gauche, le matin à jeun, crise qui a duré 2 heures. On note la persistance d'un point douloureux pancréatique gauche. Le 20-10-42, on retrouve le point douloureux à l'examen. Pas de nouvelles crises douloureuses.

OBSERVATION 83. — Mlle D. 61 ans.

Malade ayant présenté une typhoïde en 1928 et depuis des douleurs de l'hypocondre droit avec une crise douloureuse en 1930 ayant nécessité une intervention. Depuis, à 2 reprises, douleurs violentes de l'hypocondre droit, avec irradiation dans le côté et l'épaule droite. Dans l'intervalle des crises, troubles digestifs, diarrhée, ballonnement post-prandial. A l'examen dans le service on notait un gros foie et un *point douloureux sous-costal gauche*.

Intervention le 29-7-42. Lésions de pancréatite diffuses, cholédocotomie, cholecystectomie. Suites simples. Cependant un examen radiomanométrique, pratiqué le 24-8-42 déclencha une crise douloureuse passagère. Depuis la malade va bien.

OBSERVATION 82. — Mme H. 72 ans.

Malade envoyée par le Dr Ravault pour lithiasé du cholédoque. En mai 1941, crise douloureuse de l'hypocondre droit avec céphalée frontale, grands frissons, température à 39, et le lendemain, apparition d'un ictère franc. Nouvelle crise en octobre 1941. Depuis avril 1942, la malade accusait une douleur continue de l'hypocondre gauche, l'obligeant parfois à se courber en deux ou à fléchir la jambe gauche quand elle était étendue. La malade passe dans le service le 18-7-42. Le Dr Mallet-Guy faisait noter alors : « *La constatation d'un point douloureux pancréatique gauche, fait faire le diagnostic de pancréatite chronique.* »

Intervention le 23-7-42. Cholécystite lithiasique, lésion de pancréatite totale — cholecystectomie — cholédocotomie. Suites opératoires simples, grosse amélioration de l'état général, pas de crise douloureuse.

OBSERVATION 84. — Mme P. 53 ans.

Malade envoyée le 16-9-42 par le Dr Ruty pour grosse vésicule. Cette malade présentait depuis trois ans des crises de coliques hépatiques avec dans leur intervalle des troubles dyspeptiques consistant en digestions lentes, pénibles, ballonnement post-prandial, céphalées, constipation. A l'examen, on note une grosse vésicule, dure, douloureuse à la palpation et *un point pancréatique gauche très net*.

Intervention le 21-9-42. Cholécystite lithiasique. Cholécystectomie. L'exploration du pancréas montre des lésions de pancréatite totale. Suites normales.

OBSERVATION 51. — Mme B. 58 ans.

Malade hospitalisée pour des crises de coliques hépatiques se répétant depuis 1927. Douleurs de l'hypocondre droit avec nausées et subictère. Pas de température. Pas d'amaigrissement. A l'examen on notait l'absence de point pancréatique.

Intervention 3-6-39. Noyau dur, au niveau de la tête du pancréas, cholécystostomie. Au cours des suites le 10-7-39, on notait : la malade accuse des douleurs sous-costales gauches, liées certainement à la lésion pancréatique. Cette malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION 66. — Mme N. 41 ans.

Malade ayant subi une appendicectomie (Dr Pellanda) en 1928, 8 jours après une crise nette d'appendicite. L'affection actuelle a débuté le 10 avril 1941 par une brusque et vive douleur en barre dans l'estomac, surtout marquée à droite, et s'irradiant dans l'épaule droite. Pas d'irradiation lombaire, pas de vomissement, pas de température, pas d'ictère.

Intervention le 21-7-41. Lésions de pancréatite droite, cholécystostomie. Ablation du drain le 20-8 sans incident. Revue le 26-11-41 la malade accusait des douleurs apparues il y a quelques jours après un repas gras, siégeant à gauche et en ceinture. On note un point douloureux précis sous-costal gauche. La malade a présenté une nouvelle crise le 4-3-1942 durant une heure et demie, localisée à droite et aussi dans

l'hypocondre gauche, avec température à 38,3 et persistance d'un point douloureux précis à gauche ; pas d'ictère. En octobre 1942 on notait une nette amélioration.

OBSERVATION 67. — Mme D..... 43 ans.

Crises douloureuses de l'hypocondre droit se répétant depuis 15 ans, avec température à 39, poussée d'ictère au début peu fréquentes, puis se répétant dans les deux derniers mois.

Intervention le 5-9-41. Pancréatite de la tête. Cholécystectomie. Cholédocotomie. L'examen lipiodolé ayant montré un cholédoque dilaté et un reflux dans l'arbre biliaire, on pratique le 16-10-41 une cholédoco-duodénostomie, dont les suites furent simples. Revue le 19-1-42 on notait l'apparition de douleurs du côté gauche avec persistance de l'endolorissement de l'hypocondre gauche. A l'examen, il semble que le point douloureux soit exactement sur le corps du pancréas. Le 19-5-42 à la suite de nouvelles crises de coliques hépatiques, et de douleurs pancréatiques, une infiltration splanchnique amena une très nette amélioration des douleurs ; puis nouvelle crise le 24-5 avec subictère et température à 39. Intervention le 27, la tête du pancréas est revenue strictement à la normale. Le 28-8-42 la malade allait bien, pas de douleurs, pas d'ictère.

OBSERVATION 52. — M. D..... 36 ans.

Malade envoyé le 12-7-39 du service du Dr Sedaïlan pour gastralgies. Depuis cinq ans, crises douloureuses abdominales, en ceinture, à prédominance droite, avec irradiation dans le bras droit, vomissements bilieux ; crises durant 3 à 4 jours avec subictère, les jours suivants. Les crises se répètent 3 à 4 fois par an, une crise plus violente récemment. A l'examen, on note simplement : un gros foie.

Intervention le 12-7-39. Lésions extrêmement nettes de pancréatite chronique (noyau dans la tête, hypertrophie et induration de tout le corps de la glande). Un drainage biliaire paraît inopportun, la vésicule étant toute petite. Suites opératoires excellentes. Revue le 22-12-41, l'intervention a donné un résultat inespéré. Le malade ne souffre plus du tout, mange de tout. Aucun point douloureux à l'examen.

OBSERVATION 53. — Mme L..... 62 ans.

Depuis 12 ans, tous les 6 mois, crise douloureuse épigastrique sans horaire fixe, sans relation avec l'alimentation, sans vomissement ni nausées, sans ictère. Depuis un an, les crises se rapprochent, apparaissant 2 fois par semaine. La dernière crise remonte au 1^{er} juillet, dure 3 jours : douleurs épigastriques avec irradiation lombaire, sans irradiation à l'épaule droite, ni axillaire. Le lendemain, apparition d'un ictère franc, température à 39,5. A l'examen pas de douleur dans l'hypocondre gauche ni dans l'hypocondre droit.

Intervention le 28-7-39. Noyau de pancréatite chronique, au niveau du cholédoque. Cholédocotomie. Suites opératoires simples, conserve son drain trois semaines. Revue le 18-4-42 la malade est en excellent état, n'a plus présenté de crise douloureuse, mange de tout, digère bien. Examen négatif.

OBSERVATION 61. — Mme G..... 59 ans.

Malade vue le 23-5-41, qui présentait depuis 4 ans des crises de coliques hépatiques très fréquentes (16 crises) durant 1 jour ou 2, avec vomissements, jamais de fièvre, s'étant accompagnées une seule fois d'un ictère qui dura 15 jours. Depuis, troubles digestifs, amaigrissement, douleurs persistantes.

Le 27-5-41, intervention. Cholécystite lithiasique — lésions de pancréatite de la tête de l'organe — cholécystectomie — cholédocotomie. Suites simples, revue le 3-9-41, la malade allait très bien, bon appétit, digérait bien, elle n'a plus souffert.

OBSERVATION 64. — Mlle J.....

Depuis septembre 1940, crises douloureuses violentes en ceinture, sans irradiation scapulaire, survenant tous les mois, de préférence la nuit, durant 1 à 2 heures sans périodicité, sans nausée, sans trouble digestif, jamais d'ictère. A l'examen, pression douloureuse au creux épigastrique. Pas de Murphy. La recherche d'un point sous-costal gauche n'est pas mentionnée.

Intervention le 25-6-41. Lithiasé vésiculaire, lésions de pancréatite chronique de la tête et du corps de la glande — cholécystostomie. Suites : ablation du drain au bout d'un mois, sans incident. Le 7-8-41 infiltrations lombaires droite et gauche pour douleurs violentes qui améliorent l'état fonctionnel, douleurs épigastriques, post-prandiales, pesanteur gastrique. Le 22-8-41 évacuation d'un gros abcès périnéphrétique droit. Le 9-10-41 la malade ne présente plus aucun trouble digestif ni aucune douleur sous-hépatique. Elle mange de tout, y compris des œufs, sans incident. Pas de douleurs lombaires. En juillet 1942, excellentes nouvelles de l'opérée, qui n'a ni douleur ni trouble digestif.

OBSERVATION 73. — M. J. 53 ans.

Souffre de l'estomac depuis 1918. Douleurs épigastriques restant localisées au creux épigastrique sans irradiation survenant environ 2 heures et 1/2 après le repas, peu intenses, pas de périodicité nette. Depuis mai 1941 les douleurs sont plus fréquentes, presque quotidiennes, sans vomissement, sans trouble digestif, persistant malgré le repos, amaigrissement de 15 kilos.

Intervention le 20-12-41. La tête du pancréas, est nettement tuméfiée et indurée — cholécystostomie. Suites : le 11-2-42 on notait, depuis 15 jours, le malade se plaint de crampes dans la région épigastrique, irradiant dans le dos, survenant immédiatement après l'ingestion alimentaire.

Réintervention le 27-2-42. Cholédoco-duodénostomie — cholécystectomie. Le 5-5-42 le malade revu allait très bien. Aucun trouble digestif. Reprise de poids, pas de douleur épigastrique. Vu à nouveau le 28-6-42, on notait que le malade continuait à bien se porter, mangeant de tout. Il signale cependant que l'ingestion de bouillon gras réveille parfois dans la région épigastrique des douleurs peu marquées, durant 1 à 2 heures.

OBSERVATION 77. — Mme R. 58 ans.

Malade ayant un long passé de troubles digestifs. Cholécystectomie (Pr Tixier) en 1935 pour poussée aiguë d'une cholécystite chronique. Résultats parfaits pendant 2 ans,

puis réapparition de petits troubles digestifs qui s'exagérèrent peu à peu tandis que se déclenchent plusieurs fois par an, des crises cholédociennes typiques, avec douleurs, frissons et subictère. Enfin apparition d'un prurit rebelle.

Intervention le 16-3-42 : tête du pancréas indurée, cholédoco-duodénostomie. Reconstitution de la vésicule biliaire. Suites simples : 3 semaines après l'intervention la malade guérie et satisfaite, quitte le service. Revue un mois plus tard, excellent état général, bon appétit, digestions faciles. Revue le 1-10-42, on notait la persistance d'un prurit localisé aux mains et à la face interne des cuisses, moins marqué qu'avant l'intervention.

OBSERVATION 80. — Mme T..... 36 ans.

A l'âge de 18 ans, crises douloureuses épigastriques avec vomissements et subictère, apyrétiques, se reproduisant à intervalles irréguliers durant une année. Puis silence clinique complet, hormis de violentes migraines, jusqu'au 15 avril 1942, date à laquelle elle présente une violente crise douloureuse de la région sous-costale droite, avec vomissements bilieux, subictère, température à 38° en clocher ; crise se répétant le 30 mai, suivie de l'installation progressive d'un ictère franc. A l'entrée dans le service, ictère total, point douloureux à droite, le point douloureux pancréatique n'est pas recherché.

Le 15-10-42 : Cholédoco-duodénostomie et cholécystectomie. Gros noyau de pancréatite de la tête comprimant le cholédoque. Suites opératoires très simples. Disparition progressive de l'ictère, et du prurit le matin même de l'intervention. Disparition des douleurs. Revue le 1-9-42 en excellent état, bonnes digestions, pas de douleurs.

IV. - LA DOULEUR SPONTANÉE

Les phénomènes douloureux peuvent se présenter, suivant des modalités évolutives variables. Tantôt il s'agira d'un syndrome douloureux d'emblée chronique. Les douleurs sont alors d'intensité moyenne, revenant quotidiennement, ou presque quotidiennement, d'horaire en général variable mais habituellement augmentée après les repas, parfois nocturnes et calmées par des vomissements, et dont l'évolution habituellement très irrégulière, peut être assez périodique parfois, pour évoquer l'ulcère gastrique, en l'absence de crises aiguës paroxystiques. Seul un interrogatoire précis, permet de mettre en évidence des irrégularités dans l'horaire et la périodicité des douleurs. Enfin ces douleurs ne sont pas calmées par l'ingestion alimentaire et le traitement habituel de l'ulcère ne les améliore pas.

Dans d'autres cas, il s'agit de crises douloureuses aiguës, paroxystiques, plus ou moins espacées, qui durent quelques heures à quelques jours. Souvent atrocement douloureuses, elles s'accompagnent d'une élévation thermique généralement discrète, 38°, rarement plus, et de signes de retentissement péritonéal : nausées, vomissements, météorisme, arrêt passager des matières et des gaz.

Très souvent d'ailleurs, on assiste chez un même malade, à des crises aiguës paroxystiques se répétant à intervalle plus ou moins éloigné, entre lesquelles s'installe le syndrome douloureux chronique que nous avons décrit plus haut. Cette association montre bien les rapports indiscutables qui unissent les pancréatites chroniques et les pancréatites aiguës œdémateuses. L'observation 21, est à ce point de vue démonstrative : cette malade présentait depuis 18 ans, un syndrome douloureux épigastrique sur lequel se grêffèrent deux crises aiguës, en octobre 1935. A l'intervention, le 9/11/1935, le docteur MALLET-GUY notait grosses lésions résiduelles et aussi inflammatoires récentes, au niveau de la moitié gauche de la glande. Elle fut guérie par une hémipancréatectomie.

La malade de l'observation 37 présentait, elle, des crises de coliques hépatiques depuis 8 ans ; une crise suraiguë, survenue le 9/4/1938 détermina une intervention d'urgence (Dr MANSUY) qui révéla une pancréatite œdémateuse. Le 13/4/1938 une nouvelle intervention montra des lésions de pancréatite chronique de la totalité de la glande.

Un des éléments assez caractéristiques de ce syndrome douloureux, et qui permet dès l'abord de déjà le différencier des manifestations ulcéreuses typiques, est l'inégalité des crises successives, leur irrégulière intensité. Une crise très violente exigeant un arrêt du travail de plusieurs jours, imposant souvent une consultation d'urgence, parfois même chirurgicale ; puis des petites crises, les unes à peine indiquées, les autres durant la

journée, et sans qu'aucune règle ne semble présider à cette irrégularité, si différente de la constance symptomatique de l'ulcère.

Les caractères de la douleur, surtout sa topographie, sont très importants à considérer.

Son siège, et ses irradiations, sont en effet assez particuliers pour retenir l'attention. Il s'agit toujours d'une douleur de l'étage supérieur, sus-ombilical de l'abdomen. Elle est soit d'emblée localisée à l'hypocondre gauche, sous le rebord costal, parfois transfixiante, parfois épigastrique, mais ce qui lui donne alors son cachet particulier, c'est l'irradiation, vers l'hypocondre, l'angle costo-lombaire et souvent l'épaule gauche.

Dans quelques rares cas, nos malades ne souffraient que du côté droit, l'opération a alors toujours révélé des lésions localisées à la tête du pancréas.

Les deux éléments qui nous ont paru les plus caractéristiques sont, d'une part, les crises aiguës paroxystiques, fébriles ou subfébriles, avec signes péritonéaux plus ou moins intenses et, d'autre part, le siège de la douleur soit d'emblée localisée à gauche, soit à irradiations nettement gauches.

La succession d'un syndrome douloureux chronique de l'hypocondre gauche à une ou plusieurs crises aiguës, quand elle est réalisée, ce qui est fréquent, est un excellent élément de diagnostic.

V. - LA DOULEUR PROVOQUÉE

En présence du syndrome que nous venons de décrire, quels vont être les renseignements que pourra fournir l'examen clinique ?

1° Le point douloureux sous-costal gauche.

Un symptôme de grande valeur, qui demande à être recherché minutieusement, est la douleur provoquée par la palpation profonde de la partie gauche du pancréas, dans la région sous-costale gauche. Il existe un point douloureux profond de cet hypocondre, en regard du neuvième cartilage costal. C'est là un des éléments majeurs du diagnostic. Mais il n'est pas toujours évident immédiatement, et il faut pour le dépister, une palpation très engagée sous le rebord costal.

MALLET-GUY procède de la façon suivante : Le malade à jeun de préférence, est placé dans le décubitus latéral droit, les jambes à demi fléchies sur l'abdomen. L'extrémité des doigts étant à trois ou quatre centimètres du rebord chondral, s'engage facilement sous l'auvent costal en déprimant la paroi abdominale antérieure, en direction de la région latéro-vertébrale. Le pancréas se laisse alors directement explorer, et en un point précis, la palpation révèle une vive douleur que le malade identifie à celle qui a marqué l'évolution de l'affection.

Si l'on veut décomposer le geste, de façon précise, l'on peut indiquer trois temps successifs dans cette palpation du pancréas gauche : 1° Repère du bord costal et dépression à 3 ou 4 centimètres en dedans, d'avant en arrière ; 2° Engagement des doigts étendus sous le bord costal en direction supéro-externe, et parallèlement au plan cutané ; 3° Lorsque l'extrémité des doigts se trouve ainsi profondément engagée sous le diaphragme, relever le talon de la main et palper seulement alors dans la profondeur. Le pancréas est alors sous le doigt qui l'examine, l'estomac ayant été récliné par cette manœuvre en bas et en dedans.

En dehors des lésions pancréatiques, en dehors également de la pathologie rénale, deux affections peuvent donner une telle localisation douloureuse : l'ulcère peptique gastro-jéjunal et la thrombose de la veine splénique. L'une et l'autre sont également marquées par une telle douleur élective sous le neuvième cartilage costal gauche. Nous reviendrons sur ce point.

Dans quelques cas rares, ce sera la constatation d'une tumeur perceptible à la palpation profonde. Soit simple sensation assez vague d'une tuméfaction obliquement allongée dans le sens transversal, soit volumineuse tumeur, grosse comme un poing, bosselée, non mobile, fixée en profondeur, surmontant le colon. Cette tumeur ne donne pas le contact lombaire, elle est très douloureuse à la palpation, elle transmet les battements aortiques. Sa constatation est rare ; sur 83 malades, nous ne l'avons rencontrée que 4 fois (obs. 23, 43, 49, 65).

2° *La douleur provoquée sous écran radioscopique.*

Il est possible de rechercher le point douloureux pancréatique sous écran radioscopique, après ingestion de baryte, l'estomac servant de repère. La situation anatomique du pancréas explique, en effet, que la zone douloureuse réponde à la partie moyenne de la petite courbure, sur la région médiogastrique et sur la grande courbure. Il faut explorer systématiquement, toute cette bande étroite ; il est indispensable d'effectuer une pression très localisée à la pointe du doigt ou au palpeur, car l'étroitesse de la plage à explorer nécessite une précision minutieuse.

D'autre part, il faut explorer le malade en différentes positions. Il ne suffit pas de faire un examen en station verticale, il est indispensable d'utiliser le décubitus dorsal, qui en permettant le relâchement de la paroi abdominale, permet une plus grande précision de la localisation du point douloureux. Cette exploration en position frontale est encore insuffisante. Il faut absolument faire coucher le malade sur le côté, en oblique antérieure droite, et en oblique antérieure gauche. On arrive ainsi à mieux étaler la région proprement pancréatique, en rejetant de côté l'opacité gastrique. On arrive ainsi à localiser le point douloureux en dehors de l'estomac, ou plus exactement en arrière de lui. C'est cette localisation très particulière du point douloureux, qui permet de faire le diagnostic. Lorsqu'au cours d'un examen d'estomac, on ne trouve pas de signe d'ulcère, et que, par contre, on met en évidence de façon nette un point douloureux, extra-gastrique, sur la région répondant à l'em-

placement du pancréas, on doit toujours soupçonner la pancréatite. Le point douloureux en dedans de la petite courbure, près de la ligne médiane n'a qu'une valeur très discutable. On le trouve si fréquemment en dehors de toute lésion organique, qu'on ne peut pas en tenir compte pratiquement. Mais la douleur provoquée à travers le corps gastrique ou sur la grande courbure, ou plus électivement encore en arrière de celle-ci, a une valeur considérable et constitue la signature de la pancréatite.

3° *La douleur provoquée par le tubage.*

MALLET-GUY avait en 1927 rapporté plusieurs cas de douleurs provoquées au cours de la sécrétion pancréatique provoquée. Ce symptôme paraissait avoir une valeur sémiologique, il s'est en réalité révélé très inconstant, et si sa constatation peut être d'un certain appoint pour le diagnostic, il n'a certainement pas la valeur des deux signes précédents : douleur à la palpation profonde, et localisation de cette douleur sous écran radioscopique.

VI. - VALEUR DIAGNOSTIQUE

Le syndrome douloureux de l'hypocondre gauche que nous venons de décrire nous semble très caractéristique, lorsque un interrogatoire précis en a fixé les détails et qu'une technique d'examen correcte a permis de localiser le siège de la douleur. Il n'est pas superflu cependant d'en étudier le diagnostic différentiel :

A. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Nous ne nous proposons pas ici de faire le diagnostic complet de toutes les affections abdominales gauches bien que la pancréatite puisse tout simuler, mais nous nous bornerons à envisager le diagnostic avec quelques affections précises qui prêtent le plus souvent à confusion :

1° LES AFFECTIONS GASTRO-DUODENALES :

La plupart des malades observés ont été soignés pendant longtemps, pour des troubles gastriques, et parmi ceux-ci, trois affections sont à retenir : l'ulcère de la petite courbure, l'ulcère peptique gastrojéjunale, et l'ulcère du duodénum à localisation douloureuse anormale.

a) *L'ulcère de la petite courbure*, prête à confusion par la chronicité de la douleur sur laquelle se greffent des poussées douloureuses. Cependant, un interrogatoire précis permettra de mettre en évidence dans le cas de pancréatite une périodicité beaucoup moins régulière des crises douloureuses, qui sont plus capricieuses, avec des accalmies de plusieurs années et d'autres fois, des crises se répétant tous les mois et même plus souvent. Elles n'ont jamais le rythme saisonnier de la crise ulcéreuse. Le caractère post-prandial tardif, est moins strict. Elles ne sont pas calmées par l'ingestion alimentaire. L'anoréxie fréquente, avec dyspepsie flatulante contraste avec l'appétit très souvent conservé des ulcéreux. L'examen radioscopique, montrant avec l'intégrité de l'estomac, la présence d'un *point douloureux pancréatique*, assied le diagnostic.

b) *L'ulcère peptique gastro-jéjunal* réalise une scène clinique tout à fait analogue à celle de la pancréatite chronique. Les douleurs sont semblables. Mais les antécédents sont là pour trancher le diagnostic et la radioscopie permet de localiser le point douloureux sur la bouche de gastro-entéro-anastomose.

c) *L'ulcère du duodénum* dans quelques cas anormaux peut donner des douleurs localisées à gauche, simulant la pancréatite chronique.

Le docteur VACHON a bien voulu nous confier l'observation suivante intéressante, parce qu'il avait pensé à la possibilité d'une pancréatite chez cette malade dont l'opération révéla la présence d'un ulcère du duodénum.

Mme G., 51 ans. — Sans antécédents pathologiques. L'affection actuelle remonte à 1938. Elle avait présenté auparavant quelques petites douleurs épigastriques lors de l'ingestion de graisses, de sauces. Pas de douleurs hépatiques, même frustres, pas d'ictère, pas de migraines. Depuis deux ans, elle souffre tous les jours d'une douleur costo-lombaire gauche ; cette douleur survient régulièrement aux mêmes heures, le matin vers 10 heures, l'après-midi vers 4 heures, et le soir dans la nuit, vers 2 heures, elle ne dort pratiquement pas de 2 h. à 5 h. du matin. Douleurs à type de seriemments violents, calmées par la chaleur et par l'ingestion de bismuth. Jamais de fièvre, jamais de crise atroce nécessitant une piqûre. Jamais de vomissements. Elle a présenté spontanément une accalmie complète de 4 mois, de mars à juin 1940, pendant laquelle elle a même abandonné son traitement. Elle avait été radioscopée l'an dernier, par le Dr Girard qui avait pensé à la possibilité d'un ulcus duodénal, sans signes directs cependant, et avait prescrit bismuth et génatropine. Jamais de diarrhée. Amaigrissement de 10 kilos depuis qu'elle est malade. Actuellement, 59 kg. 400. Bon aspect. A l'examen, douleurs nettement costo-lombaires, avec point douloureux sus-ombilical gauche. La radioscopie montre une évacuation rapide de l'estomac, sans rien de spécial au niveau du duodénum et de l'estomac, même en position couchée. Pyélographie négative. Epreuve de Trémoières normale. Opération, Dr Mallet-Guy, rien au pancréas. Ulcus duodénal cicatriciel Gastro-entéro-anastomose.

2° LES AFFECTIONS VESICULAIRES :

Mises à part, les pancréatites droites, qui donnent des signes vésiculaires, la question intéressante est celle des douleurs à gauche des cholécystites.

Marcel GARNIER et PRIEUR, dans le traité Roger WIDAL-TEISSIER, décrivent une forme clinique de la lithiase biliaire, avec douleurs à gauche, et ils ajoutent que l'explication de cette forme n'a pas encore été donnée de façon définitive. CHAUFFARD est le seul à attribuer

cette douleur à de la pancréatite surajoutée. RAMOND et CHÈNE, CHIRAY et PAVEL, R. GUTMAN, parlent aussi de l'irradiation à gauche des douleurs vésiculaires et ne l'attribuent pas à une pancréatite.

Pour MALLET-GUY la douleur à gauche des cholécystites serait toujours due à une pancréatite surajoutée. A propos de l'article publié par M. GISSELBRECHT sur les douleurs de l'hypocondre gauche dans les cholécystites dont il rapporte trois observations, MALLET-GUY écrivait : « Il faut invoquer, pour expliquer cette localisation de la douleur des circuits réflexes compliqués et dont le point de départ serait au surplus dans une vésicule bien peu lésée. L'excellente description que donne l'auteur de ce symptôme, coïncide trop exactement avec ce que j'ai noté à l'interrogative et à l'examen de mes malades, authentiquement porteurs d'une pancréatite gauche pour que je ne sois tenté de substituer à l'explication vésiculaire une explication pancréatique. La coïncidence d'une lithiase de la vésicule biliaire est fréquente. La sédation des douleurs est spontanément possible pendant de longs mois, rien ne s'oppose dans les cas observés par M. GISSELBRECHT, à l'hypothèse « pancréatite » aucun d'entre eux n'ayant au surplus été l'objet d'une exploration chirurgicale. »

Il est le plus naturel, semble-t-il, d'expliquer ces douleurs par de la pancréatite surajoutée surtout quand on sait combien la pancréatite scléreuse accompagne fréquemment la cholélithiase : 80 % des cas pour MAYO ROBSON. L'intérêt est en somme en présence d'une douleur de l'hypochondre gauche attribuée à une pancréatite de savoir s'il y a une affection vésiculaire à l'origine.

3° LES AFFECTIONS RENALES :

Devant des douleurs de l'hypocondre gauche irradiées dans la région lombaire on songe tout naturellement à une affection rénale et ce n'est seulement qu'après tous les examens d'exploration rénale : radiographies, simples ou avec urosélectan, cathétérisme séparateur des uretères, examen complet des urines, qu'on éliminera le rein.

Un petit point particulier du caractère de la douleur peut cependant orienter vers l'un ou l'autre organe. Alors que les douleurs rénales irradient vers le bas, organes génitaux, racine de la cuisse, les douleurs pancréatiques ont plutôt tendance à s'irradier vers le thorax, l'épaule et le sein gauche.

4° LES AFFECTIONS SPLENIQUES :

La plupart des affections de la rate ne sont pas douloureuses, mais cependant il existe certaines circonstances où elles entraînent l'apparition d'une douleur de l'hypocondre gauche. C'est ainsi que tout particulièrement la thrombose de la veine splénique donne à la palpation profonde un point douloureux sous costal gauche. La notion d'une splénomégalie, le contexte clinique évitent la confusion. M. MALLET-GUY en a observé un cas tout à fait typique, où la douleur était localisée à la queue du pancréas.

Dans d'autres cas, moins précis le diagnostic peut hésiter. Dans une de nos observations (48), il existait une grosse rate paludéenne ancienne. Inversement voici

l'observation d'un malade qui présentait un syndrome de l'hypocondre gauche évoquant la pancréatite chronique et chez lequel la radiologie rectifia le diagnostic.

M. G., 44 ans. — Hospitalisé en novembre 1938, pavillon N; venait pour un syndrome douloureux de l'hypocondre gauche irradiant dans l'hémithorax gauche évoluant par crises paroxystiques depuis un an et demi, la radioscopie et la radiographie ont montré l'existence se projetant dans l'ombre de la rate d'un semi de nodules du volume d'un pois à un grain de raisin, assez nombreux 8 à 10. Il s'agissait d'un éthylique ne présentant aucun signe de spécificité chez qui le diagnostic semble devoir être éliminé, le B W étant négatif également. Il s'agissait très probablement de tubercules de la rate. Il n'y a pas eu de vérification opératoire.

5° LES AFFECTIONS COLIQUES :

Le point douloureux sous-costal gauche, caractéristique de certaines colites, est moins haut et moins profondément situé que celui des pancréatites. Au surplus, la palpation sous l'écran radioscopique permet de fixer exactement le siège de la douleur.

6° LA LITHIASÉ PANCREATIQUE.

Il n'y a pas lieu de s'attarder ici sur le diagnostic différentiel ; car, d'une part, sous le même vocable sont rangés des faits authentiques de calcul du canal de Wirsung, qui s'accompagnent toujours de lésions inflammatoires chroniques du pancréas, et d'autre part des faits de calcifications disséminées dans un segment de la glande et qui signifient seulement sur les clichés

l'existence de foyers nécrotiques, reliquats de poussées aiguës successives. Il s'agit là de pancréatites chroniques ne méritant aucune individualisation particulière et dont la seule originalité est le dépôt de calcium au sein de la sclérose. La thèse toute récente de MERCIER-GUYON, inspirée par MM. GARIN et MALLET-GUY, a précisé ce qu'il fallait entendre de la sorte sous le titre de pancréatite chronique calcifiante, dont notre observation 57 est un exemple typique. — Dans ces deux circonstances, où la radiographie donne ainsi l'image d'une « lithiasse pancréatique », de bon droit, devra se rencontrer le point douloureux sous-costal gauche.

7° LE CANCER DU PANCREAS :

peut s'accompagner de même de réactions inflammatoires en amont. Cependant l'histoire des douleurs sera généralement bien différente de celles que l'on observe dans l'évolution des pancréatites chroniques, et si dans les phases de début, opératoirement le chirurgien peut hésiter, il n'en sera plus de même dans les cancers douloureux où le plus souvent la douleur est le fait d'envahissement de voisinage.

B. — DIAGNOSTIC DE LOCALISATION

Il est capital pour pouvoir poser une indication thérapeutique correcte de préciser très exactement l'extension des lésions de pancréatite chronique :

— Sont-elles strictement limitées à gauche ? L'opération de pancréatectomie peut alors être justifiée.

— Sont-elles strictement limitées à la tête et habituellement curables par une intervention biliaire.

— Sont-elles enfin étendues à tout l'organe et alors un acte d'exérèse ne peut être envisagé ; le résultat d'une opération biliaire sera aléatoire, et peut-être pourrait-on discuter l'indication d'une splanchnicectomie.

L'exploration opératoire permettra de fixer ce point. Mais avant l'intervention, MM. SAVY, MALLET-GUY et VACHON ont longuement discuté ce problème, il est difficile de répondre de façon précise. Sans doute, l'apparition de signes de la série biliaire : poussées de subictère, douleur vésiculaire, ou encore les déformations radiologiques du cadre duodénal permettent parfois d'affirmer la participation de la tête. Mais lorsque manquent ces éléments, il est bien difficile de préciser plus avant le diagnostic auquel les données de laboratoire peuvent parfois apporter une assistance. Un déficit sécrétoire — exo ou endocrine — correspond plus volontiers à des lésions diffuses, sans qu'il y ait là d'élément de certitude.

Dans le cadre précis de notre travail, nous pouvons retirer de l'analyse de nos observations que : 1° L'absence de toute douleur, soit spontanée, soit provoquée, à gauche, ne se trouve que dans les pancréatites droites ; autrement dit, toutes nos pancréatites chroniques dont les lésions se limitaient à la partie gauche, ou s'étendaient à toute la glande, et chez lesquelles, tant à l'interrogatoire qu'à l'examen, la douleur de l'hypocondre gauche fut recherchée, présentaient ce symptôme d'une façon constante.

2° Par contre, la douleur de l'hypocondre gauche n'est pas caractéristique d'une localisation à gauche des lésions, en ce sens qu'elle peut être observée également chez des malades porteurs de lésions diffuses dans toute la glande, soit de lésions strictement localisées à droite. Sans doute peut-on se demander dans ces cas si l'exploration opératoire n'a pas laissé passer des lésions de la portion corporeale ou caudale du pancréas, réserve qui est particulièrement valable dans les premières observations. M. MALLET-GUY nous a précisé qu'il n'avait certainement pas toujours, à cette période, systématiquement examiné de la tête à la queue la glande pancréatique.



VII. - ÉVOLUTION DE LA DOULEUR SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT

1° *EXISTE-T-IL UN TRAITEMENT MEDICAL DE L'AFFECTION ?*

Tous nos malades ont été opérés et il nous semble bien que le traitement doit être avant tout chirurgical, pour ne pas priver le malade d'une chance de guérison complète, si les lésions permettent une hémipancréa-tectomie et même dans certains cas où on a dû se contenter d'une dérivation biliaire. Par contre, le traitement médical pourrait être d'un bon appoint chez ceux que l'intervention n'a pas guéris.

Il est certain que le régime a une importance sur le déclenchement des crises douloureuses, témoin ce malade qui avait très bien remarqué lui-même que l'ingestion de boudin et de choucroute provoquait la douleur ; et cet autre pour qui la simple suppression des corps gras, amena une guérison complète durable.

DESJACQUES rapporta à la Société de Chirurgie de Lyon, en mai 1941, deux observations de pancréatite traitée par l'éphédrine. Il eut un succès et un échec. Nous n'avons personnellement aucune expérience de la méthode.

D'autre part, il semble bien que le régime associé à une thérapeutique cholagogue (sulfate de magnésie, tubages duodénaux) qui agirait un peu comme les dérivations biliaires et un traitement désensibilisant, pourraient rendre des services chez les malades qui ont présenté des récidives post-opératoires ou qui se sont refusés à toute intervention. Les traitements désensibilisants (hyposulfite de soude, ou de magnésium, peptones) reposent sur une hypothèse pathogénique qui n'est pas vérifiée, et notre expérience est insuffisante pour nous permettre de dire ce qu'on peut en attendre.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'on a parfois une arme thérapeutique, celle-là de valeur certaine, dans le cas de pancréatite d'origine spécifique. Mais cette affection est très rare et de ce fait, cette ressource thérapeutique devient exceptionnelle. POLLOSSON et DECHAUME en ont rapporté un résultat intéressant dans le *Lyon-Médical*, en 1927.

2° TRAITEMENT CHIRURGICAL :

La thérapeutique varie avec l'extension des lésions. Dans les cas où l'hémi pancréatectomie est possible, cette opération donne des résultats excellents, sur lesquels MATHIEU-ROUX avait insisté dans sa thèse en 1939. Les phénomènes douloureux avaient entièrement disparu, et les malades étaient guéris. Actuellement ces malades sont toujours en aussi bon état général, et n'ont pas présenté de récidive des crises douloureuses. Nous avons revu en particulier, Mme B... (obs. 21) qui

subit une hémipancréatectomie en 1935, et dont la guérison s'est maintenue. — M. K., (obs. 48) opéré le 26/4/39 a été revu par nous le 8/4/42 en excellent état.

Malheureusement les lésions limitées, permettant l'opération radicale, sont rares et l'on est obligé de recourir alors à des interventions de dérivation biliaire, moins satisfaisantes pour l'esprit et dans leurs résultats.

Tous nos malades ont subi des opérations biliaires. Les résultats sont assez inconstants, dans certains cas nous avons pu constater des guérisons complètes, persistantes, vraiment inattendues en face de ce traitement palliatif. Je fais allusion ici, entre autres, au malade de l'observation 27 qui, opéré en 1936, présentait une induration de la tête du pancréas ; il n'a plus présenté aucune douleur. Il est devenu pilote-aviateur, et ses lettres enthousiastes confirment sa guérison.

Quant au malade de l'observation 52, son histoire suffirait à nous rendre prudent sur l'interprétation de telle ou telle thérapeutique. Nous vous rappelons que ce malade, qui souffrait depuis cinq années, fut entièrement guéri après une simple laparotomie. Un drainage biliaire ayant paru inopportun en raison de l'état des voies biliaires, la vésicule était toute petite. Il présentait cependant des lésions extrêmement nettes de pancréatite chronique : noyau dans la tête, hypertrophie et induration dans tout le corps de la glande. La guérison s'était maintenue, le 22 décembre 1941, soit près de deux ans et demi après l'intervention, date à laquelle nous avons revu ce malade en excellent état, ne souffrant plus du tout, sans suivre de régime.

Par contre, nombreux sont les opérés qui, après une accalmie de quelques mois, ont vu réapparaître de nouvelles crises douloureuses. Certains d'entre eux chez lesquels l'intervention n'avait révélé que des lésions localisées à la tête du pancréas, et qui ne souffraient pas à gauche, ont vu apparaître des douleurs de l'hypocondre gauche, traduisant l'extension à toute la glande des lésions primitivement limitées à la tête.

Dans certains cas, la thérapeutique de dérivation biliaire a permis de dissocier les deux éléments du syndrome douloureux, à la fois pancréatique et biliaire. Sous l'influence du drainage biliaire, on voit alors disparaître les douleurs dues à l'infection biliaire, alors que persistent les lésions de pancréatite responsables de la douleur de l'hypocondre gauche.

L'obs. 16 est à ce sujet assez démonstrative. Cette malade présentait des crises de coliques hépatiques depuis 1928. Une intervention pratiquée le 30 juillet 1934 révéla une cholécystite calculeuse et un noyau de pancréatite chronique de la partie supéro-externe de la tête. Sous l'influence d'une cholécystostomie, on vit disparaître les crises d'origine biliaire, mais persistèrent les douleurs épigastriques et lombaires gauches, et à l'examen un point douloureux sous-costal gauche très net, dû aux lésions du pancréas.

Dans ces cas de douleur persistante de l'hypocondre gauche, MALLET-GUY a été amené ces derniers temps à pratiquer des infiltrations splanchniques et celles-ci entraînant une disparition des phénomènes douloureux, il a pu pratiquer des splanchnicectomies gauches, qui

semblent avoir donné de bons résultats sur les séquelles douloureuses. Malheureusement ces opérations n'ont pas encore un recul suffisant pour que nous puissions en tirer des conclusions définitives. Nous vous rappelons cependant que trois de nos malades ont eu d'excellents résultats à la suite de splanchnicectomies et que plusieurs mois après les douleurs n'avaient pas fait leur réapparition.

Comment agit la splanchnicectomie ? Agit-elle seulement comme traitement électif de ce syndrome douloureux et réalise-t-elle seulement la section des voies centripètes ; agit-elle de façon plus intéressante encore en améliorant les conditions fonctionnelles du pancréas et en redressant les cercles vicieux intéressés ? Il est impossible de le dire. Cependant l'évolution de certaines données d'exploration fonctionnelle après splanchnicectomie tend à prouver que cette opération réalise plus que le traitement de la douleur de l'hypocondre gauche, mais peut être, jusqu'à plus ample informé, considérée comme une méthode de traitement valable.

VIII. - CONCLUSIONS

- 1° Il est classique d'insister sur la difficulté, voir même l'impossibilité de faire cliniquement le diagnostic de pancréatite chronique, et notamment dans les formes où manque ce signe d'appel qu'est l'ictère. En fait, il semble plus facile aujourd'hui de diagnostiquer une pancréatite chronique gauche qu'une pancréatite chronique droite, parce qu'il existe dans le premier cas le syndrome douloureux très caractéristique qui peut manquer lorsque la localisation des lésions est à la tête, ou encore être masqué par l'intrication de douleurs d'origine biliaire.
- 2° L'interrogatoire retrouve chez ces malades la notion de crises douloureuses, irrégulières, inégales dans leur intensité et dans leur durée, mais qui ont comme caractère constant de comporter une irradiation sous les fausses côtes gauches, irradiation beaucoup plus fréquente que celle qu'avait indiquée MAYO-ROBSON dans la fosse lombaire. La douleur peut diffuser jusque dans l'épaule gauche.

3° L'examen peut mettre en évidence un signe pathognomonique : la douleur localisée de l'hypocondre gauche. Nous précisons la technique de cet examen qui doit se faire dans le décubitus latéral droit, par palpation très engagée sous l'auvent costal.

4° Hormis les affections rénales, certains cas très particuliers d'ulcère peptique post-opératoire et la thrombose de la veine splénique, il n'y a pas lieu de discuter un diagnostic différentiel. Capable de caractériser la pancréatite chronique, la douleur de l'hypocondre gauche n'apporte qu'une aide restreinte aux efforts de diagnostic de localisation : De nos observations se dégage la notion que le symptôme est constant dans les pancréatites gauches et totales, — pour peu que la recherche en soit faite, — qu'il manque parfois dans les pancréatites localisées, mais qu'il peut cependant se retrouver dans leur tableau clinique.

5° La guérison de la pancréatite chronique par telle intervention chirurgicale indiquée, entraîne la disparition de la douleur de l'hypocondre gauche, faisant ainsi la preuve de sa valeur diagnostique. Lorsque dans un cas de pancréatite totale, la lésion et la douleur qui la caractérisent sont restées rebelles, il est possible de voir dans l'infiltration

splanchnique et la splanchnicectomie un traitement électif de la douleur pancréatique, comme en font foi quelques observations typiques que nous rapportons.

Vu :

LE DOYEN,
Jean LÉPINE,

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Paul SAVY,

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 22 Octobre 1942.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

IMPRIMERIE
DU
SALUT-PUBLIC
-- LYON --

8.043

1942

